Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PERIODIQUES SUR CES SCIENCES, PUBLIÉS EN FRANCE

SAVOIR :

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES;
ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE, DE BROUSSAIS;
BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;
JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS;
JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE, ETC.
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES;
GAZETTE MÉDICALE DE PARIS;
LA LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX;
ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES;
JOURNAL DE CHIMIE MEDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE;
BROCHURES, MÉMOIRES, THÈSES, ETC.

TOME VINGT-TROISIÈME.

JUILLET 1834.

Bruxelles,
ETABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, QUAI AU FOIN, N° 33.

1834.

JOURNAL

DES

CONNAISSANCES MÉDICALES.

JUIN 1834.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

—

Mémoire sur la fièvre typhoïde et sur son traitement ; Par M. LEMERCIER, correspondant de l'Académie de médecine, médecin des épidémies de l'arrondissement de Mayenne.

Dans le *traitement* de la fièvre typhoïde, je me borne à la médecine expectante, lorsque je ne vois pas d'avertissement de faire une médecine active, d'opposer des médicamens énergiques à des indications positives ; quand les symptômes généraux ou fébriles s'affaiblissent et cessent, je regarde l'affection intestinale locale comme bornée et ayant une grande tendance à la résolution ; alors, je m'en tiens à la méthode rationnelle et je fais la médecine du symptôme, en quelque sorte conciliatrice, qui tend, d'une part, à diminuer les ravages de l'état local, et de l'autre à soutenir la force de la réaction vitale et permettre à l'économie de suffire à la durée de la maladie, à l'aide d'un traitement remplissant ainsi chaque indication, il m'arrive souvent de diminuer la gravité des symptômes, d'entraver la marche désorganisatrice de l'inflammation, de modifier la maladie, de prévenir quelques épiphomènes. Cependant quelque chose que je fasse, quelque médication que j'emploie, jamais je ne parviens à suspendre immédiatement son cours, toujours elle parcourt ses périodes, d'une manière plus ou moins appréciable : la langue devient sèche, la soif forte, quelquefois une pneumonie ou pleuro-pneumonie latente se déclare et exige qu'on revienne aux évacuations sanguines, malgré la prostration, et qu'on renouvelle fréquemment l'air de l'appartement. Ici, les saignées locales me semblent moins convenables que les saignées de bras, à moins de complication d'inflammation aiguë du poumon ; dans ce cas je les emploie simultanément : en effet, ce n'est point une irritation fixée vers le poumon, qu'il s'agit de combattre, mais c'est de soustraire, le plus promptement possible, le sang qui congestionne l'organe respiratoire, et qui par sa seule pesanteur s'accumule dans sa partie la plus déclive ; la saignée générale dégorge bien plus vite les vaisseaux, que la saignée locale, qui évacue d'abord le sang des capillaires de la peau ; et le but qu'on doit se proposer ici, c'est de débarrasser avec promptitude le parenchyme du viscère souffrant, du liquide qu'il contient. La saignée, soit du bras, soit du pied, dans cette circonstance, peut et doit être plus ou moins forte et plus ou moins réitérée, suivant les effets qu'elle produit sur le malade et la maladie. Quel que soit l'état général du sujet, une des indications les plus urgentes est de prévenir l'engorgement des organes respiratoires. Quelquefois, bien que la circulation soit languissante, ce n'est pas toujours une raison de ne pas ôter du sang ; en effet, plus la colonne de liquide à mouvoir est considérable, plus il faut que le moteur ait de force, que l'impulsion soit grande ; ce qui reste d'énergie au cœur peut suffire pour faire circuler peu de sang, mais non pour en mouvoir davantage. En diminuant la masse du sang, je n'oublie pas, qu'il est convenable quelquefois de stimuler les organes circulatoires, de ranimer les mouvemens du cœur à l'aide de vins généreux, de liquides toniques et même d'alimens succulens, si l'estomac peut les supporter et la digestion se faire ; quoique la soif soit grande, je conseille d'être réservé sur les boissons, qui en général, favorisent le dépôt des mucosités dans les bronches, contribuent à rendre à la circulation le liquide évacué et favorisent l'œdème des poumons ; quand elles sont permises, elles doivent toujours être données à une température élevée, pour favoriser autant que possible la transpiration cutanée et l'expulsion des mucosités bronchiques ; car les boissons froides gênent l'expectoration. J'engage les malades à varier souvent leur attitude et à rester toujours, le plus long-temps possible, la poitrine élevée, afin de borner l'infiltration pulmonaire à la partie la plus basse du poumon, de sorte que le reste puisse suffire aux besoins de la respiration ; je prescris des diurétiques, si les urines coulent peu et si les extrémités s'infiltrent ; quand le râle se déclare, je provoque l'expectoration des mucosités contenues dans la trachée-artère, les bronches, ou les vésicules pulmonaires, par des expectorans, non irritans, l'estomac étant toujours un peu phlogosé : l'eau très-chaude sucrée et l'infusion de café sucrée, presque en ébullition, dans le cas d'atonie, sont ceux qui me paraissent avoir le plus de vertus et le plus d'avantages dans cette circonstance ; les vésicatoires momentanés sur le thorax, aux endroits où ils gênent le moins les fonctions des intercostaux et où ils stimulent le plus l'expectoration, sont indiqués. Appliqués sur les extrémités, ils y déterminent une irritation fixe, qui fait diversion à l'engorgement pulmonaire et à l'engouement

des bronches. Rarement ai-je recours aux toniques actifs, à cause de la co-existence presque constante de l'irritation de l'estomac et de l'inflammation ou de l'ulcération des intestins : j'ai renoncé au tartre stibié et aux préparations antimoniales à hautes doses. Elles ajoutent à l'affection des voies digestives et n'ont pas de résultats assez décisifs et assez satisfaisans pour devoir être employées dans ces cas.

La simultanéité de la pneumonie et des affections typhoïdes rend le traitement de la maladie du poumon très-difficile et peu sûr, attendu que la résolution de la partie engorgée de l'organe respiratoire, quand elle se fait, ne s'opère toujours que très-lentement. Quand l'adynamie se prononce sans complication d'affection particulière des organes pulmonaires, je soutiens les forces avec des tisanes d'orge, de gruau, acidulées avec les sirops de groseilles, de cerises, de vinaigre ; je fais, autant que possible, placer le malade dans des pièces vastes, bien aérées, et renouveler l'air des appartemens, en tenant la porte et une croisée ouvertes, pour établir un courant de ce fluide, presque toujours alors chargé de miasmes ; je conseille de répandre fréquemment du vinaigre sur une pelle à feu rougie, pour parfumer de vapeurs acides l'intérieur des logemens ; d'employer des fumigations guytoniennes ou mieux de faire des aspersions de chlorure de sodium, pour neutraliser les miasmes ; de nettoyer les malades aussitôt qu'ils sont salis, en usant plusieurs fois le jour, sur la plus grande partie du corps, de lotions savonneuses ou chlorurées ; de les changer de linge le plus vite possible et de reléguer à l'écart et dans un endroit isolé et non habité celui qui est sali ; de les faire coucher seuls et autant que le local le permet dans des pièces séparées. Ce traitement hygiénique me semble très-important et avoir une très-grande influence sur l'issue de la maladie.

J'ordonne la décoction de tamarin miellée, ou de casse, si le ventre n'est pas très-libre ; du petit lait nitré, pour stimuler les reins, lorsque la sécrétion urinaire est en retard ; je recommande de ne pas négliger le cathétérisme, chaque fois que les urines sont accumulées et retenues dans la vessie ; s'il existe ou survient du dévoiement, je remplace ces boissons, par la solution de gomme, édulcorée avec les sirops de coing ou de grande consoude. Je fais prendre des lavemens et demi-lavemens d'amidon, de graine de lin, d'eau de riz, de mousse de Corse, de semen-contra, si des vers sont rendus dans les selles. Lorsque des spasmes, des soubresauts de tendons, des crampes des membres et du trouble dans les idées ont lieu, je donne de l'eau de tilleul et du sirop de fleurs d'oranger, des potions anti-spasmodiques, calmantes, quelquefois opiacées suivant les indications, des lavemens, des demi-lavemens de têtes de pavot blanc et même d'extrait gommeux d'opium ou d'acétate de morphine, quand il y a du délire et des symptômes ataxiques et typhoïdes bien prononcés.

J'emploie sur les extrémités agitées de spasmes et tourmentées de crampes, des linimens calmans, laudanisés : l'éther s'évapore par le dégagement d'une odeur très-pénétrante ; le camphre si généralement mis en usage, a toujours trompé mes espérances.

Quand des hémorrhagies morbides des surfaces muqueuses ou du tissu cellulaire sous-cutané surviennent, j'engage à faire des ablutions fréquentes, avec l'eau froide ou l'oxicrat sur les endroits qui laissent échapper du sang, à faire des injections froides et styptiques pour arrêter les hémorrhagies des voies naturelles, et je fais tamponner les fosses nazales, le vagin et le rectum, si elles sont inquiétantes. Contre le *purpura hemorrhagica et contagiosa*, j'emploie des lotions d'eau froide, d'eau alumineuse, de vinaigre camphré, de chlorure de sodium, des fomentations de teinture de quinquina, des compresses imbibées d'oxicrat, d'eau alcoolique ; j'use des mêmes moyens pour combattre les gangrènes qui révêtent le sacrum, les trochanters, les coudes, etc., et spécialement de la liqueur de M. Labarraque, qui a la propriété particulière d'anéantir l'odeur fétide de cette maladie, de détruire ses émanations, en pénétrant les tissus morts, de stimuler les parties vivantes, de prévenir les résorptions purulentes et de contribuer à borner les progrès du mal ; je fais donc laver soir et matin les escarres avec cette même liqueur et appliquer ensuite des plumaceaux de charpie fine saupoudrés de tan, de charbon ou de quinquina. J'engage les malades à changer souvent de position, pour ne pas fatiguer et comprimer long-temps les mêmes parties. Je donne des toniques acidulés, de la décoction de tamarin et de quinquina, quand le ventre n'est pas libre ; si le dévoiement a lieu, des tisanes gommeuses, de l'eau de riz avec le sirop de quinquina ; dans les cas de grande faiblesse, du bouillon, de l'eau et du vin rouge de Bordeaux, des cuillerées de sirop de quinquina à l'eau ou au vin, quelquefois l'extrait résineux de quina, une ou plusieurs fois le jour ; souvent des macérations de quinquina rouge, en boisson et en lavemens ; le sulfate de quinine, si puissant dans les pyrexies intermittentes, n'a point révélé ici la même vertu, non plus que l'eau de Rabel, l'acétate d'ammoniaque, la serpentaire de Virginie. Ces stimulans, selon moi, sont plus propres à exciter de nouveau la muqueuse, naguère enflammée, qu'à terminer cette phlogose. Il n'en est pas de même de la macération ou de la décoction de quinquina rouge ; ce tonique contribue à activer l'absorption interstitielle, fait cesser l'atonie, diminue la sécrétion morbide, peut, sans stimuler l'intestin, soutenir les forces générales et favoriser la résolution, la cicatrisation des ulcérations du conduit digestif. Le point difficile est de saisir le moment d'opportunité pour l'emploi des toniques, qui pour l'ordinaire ne doivent être donnés qu'après la chute des phénomènes généraux, quand le pouls a perdu sa fréquence, qu'il est redescendu à son état normal, que les symptômes inflammatoires ont disparu ; en effet, si on en use trop tôt, fréquemment ils occasionent des rechutes, aggravent ou rappellent des accidens qui ne seraient point revenus, si on n'avait pas eu recours à cette médication. La prudence veut donc qu'on s'en tienne avec persévérance, dans les cas douteux, à des moyens simples ; qu'on se borne pendant la période d'irritation, de suppuration et même d'ulcération, excepté vers la fin de l'affection locale, à des boissons douces ; la raison le dit et l'expérience le confirme chaque jour : les médicamens révulsifs, stimulans, dirigés sur l'enveloppe cutanée, après la période d'irritation, m'ont paru, dans certaines circonstances, influer avantageusement sur la marche de la maladie ; telles sont des frictions pratiquées avec de la flanelle ou des brosses sèches ou imbi-

bées de quelque liqueur spiritueuse aromatique, des cataplasmes de lin, arrosés de vinaigre, ou saupoudrés de farine de moutarde, promenés sur diverses régions du corps, laissés quelques heures seulement, sur chaque région, de manière à produire la rubéfaction de la peau et entretenir une excitation générale propre à réveiller le sentiment en quelque façon anéanti, sans que cette excitation soit jamais assez forte pour enlever l'épiderme et rappeler de nouveau une irritation violente dans les follicules du tube intestinal.

Les vésicatoires volans ou à demeure, appliqués soit aux jambes, soit aux cuisses, et surtout multipliés, ont rarement l'effet désiré et sont souvent suivis d'escarres gangréneux, d'irritation des voies urinaires que le camphre n'a pas la vertu d'empêcher, comme on le croit généralement; ceux qui suppurent d'abord pendant quelque temps finissent fréquemment par laisser transsuder du sang, sèchent, noricissent et nuisent plutôt à la guérison qu'ils ne l'accélèrent. En général, je pense qu'on fait un usage trop banal des vésicatoires dans les maladies intenses et surtout dans les premiers temps de l'entérite aiguë, on perd presque toujours de vue que ce moyen agit bien plus souvent comme stimulant que comme révulsif; et qu'appliqué à contre-temps, loin d'être utile, il devient fort nuisible. Il n'est vraiment favorable qu'autant que la stimulation qu'il produit nécessairement n'est plus capable d'en provoquer une autre dans l'intestin malade et qu'elle peut même lui enlever ce qui lui en reste. Mais l'entérite folliculeuse n'est point une maladie mobile de sa nature, comme la goutte, les dartres, le rhumatisme et quelques autres phlogoses: au contraire, elle est fixe et presque invariable dans la place qu'elle occupe, jusqu'à ce qu'elle ait parcouru ses périodes, accompli ses phases et terminé son cours. On rubéfierait toute la surface du corps, que sans doute on ne parviendrait pas à éteindre tout à coup l'éruption souvent large qui la constitue, à déplacer l'inflammation qui lui donne naissance, qui l'accompagne ou qui en est l'effet; or si cette affection n'est pas mobile, comment pourrait-on espérer de la déplacer? Comment les révulsifs, qui ne sont que des stimulans, pourraient-ils opérer ce déplacement? N'est-il pas à craindre plutôt que l'irritation des vésicans, qui ordinairement éveille les sympathies, quelquefois suscite de la fièvre et même, dans certains incidens, phlogose les parties prédisposées à l'inflammation, n'ajoute dans ce cas à l'irritation morbide, et ne soit nuisible. Je n'ignore pas que cette médication est vantée par des médecins de mérite; mais, selon moi, cela ne prouve rien autre chose, sinon que la nature, comme on l'a dit, plus puissante que l'art, lutte en quelques occasions avec avantage contre les moyens qu'on lui oppose.

Contre le gonflement primitif des parotides, qui se montre dans les premiers temps de la maladie, je prescris des saignées locales abondantes et répétées, pour éviter les accidens cérébraux; les sangsues posées derrière, au-dessus et au-dessous des oreilles ont encore quelquefois l'avantage de prévenir la gangrène et souvent d'empêcher les abcès de ces glandes, qui sont si redoutables et si difficiles à guérir. J'emploie les topiques émolliens, toniques, pour favoriser la résolution, la délitescence étant rarement à redouter dans cet état, attendu que l'irritation est trop forte et trop bien fixée à la région mastoïdienne: cependant si la disparition menace de se faire, j'use de cataplasmes sinapisés, et en même temps je donne le quinquina en substance. S'il y a hyposténie, je fais mettre à la nuque un exutoire pour fixer la maladie aux parties extérieures et empêcher l'encéphale d'être atteint. Quand l'engorgement acritique se termine promptement par gangrène ou qu'il a lieu simultanément dans les deux parotides, il annonce une cause morbifère très énergique, et, quelque chose qu'on fasse, l'affection a une issue fâcheuse. Quand les parotides symptomatiques s'affaissent, qu'il y a une fluctuation bien manifeste, une collection purulente bien positive, je fais donner issue au pus, au moyen d'une trainée mince et verticale de potasse caustique ou d'une incision profonde de haut en bas, jusqu'au fond du foyer; je fais panser ensuite avec un digestif plus ou moins animé suivant l'indication. Si le gonflement des parotides ne survient que vers la fin de la maladie, s'il est accompagné de symptômes favorables, alors il prend le caractère critique. J'engage à le respecter, et ne fais rien pour en procurer la suppuration, je m'abstiens des saignées locales, j'indique d'user des topiques légèrement irritans, pour éviter les métastases, plus communes dans ce stade qu'au commencement de la maladie; j'interdis l'application d'emplâtres et d'onguents trop irritans. Je fais mettre sur la région mastoïdienne des cataplasmes sinapisés, des sinapismes, des vésicatoires à demeure, là ou sur le cou, s'il est utile d'entretenir une irritation à la peau. Quand la gangrène s'y déclare, je favorise la chute des escarres, par des lotions toniques, styptiques excitantes, chlorurées, sans omettre le traitement interne nécessaire. Si la suppuration de ces glandes arrive, s'il se fait des dépôts, on en fait l'ouverture, soit avec de la potasse caustique, soit avec l'instrument tranchant; et elle n'est pas toujours aussi fâcheuse qu'on le pense généralement, lorsque les malades ont la constance, pendant sa longue durée, de ne pas s'écarter du traitement et du régime qu'exige leur position.

Mais quelle que soit la marche que suive la maladie pendant tout son cours, il ne faut pas oublier qu'elle est longue, et que, quand même elle se termine le plus favorablement possible, la convalescence ne peut s'établir que péniblement, chez des sujets exténués par la diète, quelquefois par les saignées; que le conduit digestif a souffert; que le tube intestinal peut bien rester encore assez impressionable pour ne pouvoir digérer les alimens les plus légers, les plus doux, de manière à ce que le chyle s'élabore convenablement, que l'absorption puisse se faire et la nutrition avoir lieu. Le moindre aliment peut exciter les parties malades, renouveler les ulcérations, rappeler les phénomènes généraux sympathiques, retarder la guérison ou déterminer une issue funeste.

Quelquefois une faim canine tourmente sans cesse les convalescens; cette faim morbide atteste que les traces de la maladie ne sont pas complètement dissipées et indique au médecin de ne point céder à l'importunité des malades et des parens, et qu'une indulgence mal entendue pourrait donner lieu à des rechutes plus ou moins graves. La nourriture permise d'abord, doit être toujours en petite quantité chaque fois et ne doit rien contenir d'excitant. Des fruits cuits, des fécules, des gelées végétales, des bouillies de gruau, de

froment ; des potages maigres, des œufs frais, des bouillons de volaille, de maigre de bœuf, l'eau et le vin rouge, sont les seuls alimens convenables qu'on puisse procurer aux gens du peuple. On peut dire que dans aucune maladie aiguë, la convalescence n'est aussi pénible à diriger.

LEMERCIER.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS.

Résumé des leçons de M. le professeur Alibert sur les maladies de la Peau.

(PREMIER ARTICLE.)

Lèpre, esthiomène, syphilide pustulante.

L'étude des maladies de la peau, autrefois si négligée, est aujourd'hui cultivée avec ardeur et chaque année voit augmenter encore la foule des élèves qui accourent se presser aux savantes leçons de M. le professeur Alibert. Là, en effet, ils trouvent réunis la doctrine et les faits qui lui servent de base ; d'un côté, un enseignement dogmatique dépouillé du lourd appareil de la scholastique, de l'autre une multitude de faits pathologiques qui viennent traduire sous une forme matérielle, et graver plus profondément dans la mémoire, ce que la partie théorique des cours n'aurait qu'incomplétement fait comprendre.

On jugera de l'importance et de l'intérêt de ces leçons, par l'exposé des cas les plus remarquables qui ont été offerts à la studieuse attention des élèves, depuis le 30 avril époque à laquelle le cours de clinique a été repris.

Avant tout, je citerai comme le plus digne d'attirer les regards, un jeune enfant né à la Havane, âgé de 10 ans environ, dont le visage boursouflé et couvert de tubercules fongueux et livides fait bientôt reconnaître à quelle affreuse maladie il est en proie. C'est bien là cette lèpre dont l'horrible tableau nous a été transmis par Arétée, mais surtout par Archigène sous le nom d'éléphantiasis ; cette maladie qui s'étendant à tout le corps en émousse la sensibilité en même temps qu'elle en altère la forme, bouleverse pour ainsi dire le système cutané, le gonfle, l'ulcère, gagne peu à peu tous les tissus, sans en excepter même la charpente osseuse. Rien de plus repoussant que l'aspect de ces misérables, de plus infect que l'odeur qui s'exhale de leur corps et des ulcérations qui les rongent à une période avancée de la maladie. Certes, à ce degré, il est impossible de méconnaître l'éléphantiasis ; mais au début plusieurs affections caractérisées par des tubercules, les syphilides spécialement, pourraient le simuler et induire gravement en erreur un médecin qui n'aurait pas l'habitude des maladies de la peau : essayons donc, par un examen attentif, de faire ressortir les différences qui servent à distinguer l'éléphantiasis des Grecs de certaines variétés de la syphilide pustulante, qui siége au visage. Dans la *lèpre*, les tumeurs tuberculeuses sont molles, d'une nuance terne et bronzée, leur volume égale au moins et dépasse le plus souvent celui d'un gros pois ; leur forme est plus ou moins globuleuse ou aplatie ; elles sont inégales, comme ridées, sans élasticité, donnant au doigt qui les presse la sensation d'un corps spongieux. La portion de tégument malade et celle qui l'avoisine sont soulevées par un gonflement très-remarquable du tissu cellulaire, qui imprime à la physionomie de ces malheureux un caractère de ressemblance, et si l'on peut dire de confraternité, tout-à-fait pathognomonique. *Dans la syphilide pustulante* ou *tuberculeuse*, les tumeurs sont plus petites, souvent acuminées, dures, tendues, luisantes, d'un rouge cuivré qui en forme le cachet distinctif. Ajoutons qu'assez souvent elles sont disposées par groupes, affectant des formes régulières, et qu'enfin dans les intervalles, la peau n'offre pas ces boursouflemens qui accompagnent la lèpre. Les commémoratifs n'ont pas, *chez les jeunes sujets*, l'importance qu'on pourrait leur attribuer *à priori* ; car s'il est bien constaté que les syphilides peuvent se développer à un âge plus ou moins avancé sous l'influence de l'hérédité, il est aussi démontré, par des faits nombreux et authentiques, que les personnes attaquées de la lèpre mettent au monde des enfans exposés aux atteintes de cette cruelle maladie. Quant aux ulcérations qui viennent dévorer les tubercules de l'éléphantiasis à une certaine période, on ne saurait les confondre avec les ulcérations syphilitiques dont les caractères sont trop nettement tranchés et trop connus pour avoir besoin d'être rappelés ici.

L'art peut-il aujourd'hui quelque chose contre un aussi formidable fléau ? l'état dans lequel se trouve actuellement un autre jeune homme, américain comme le premier et plus âgé de quelques années, est la plus consolante réponse que l'on puisse faire à une semblable question. Atteint du même mal, à un degré presque aussi avancé, la guérison est aujourd'hui complète. A peine voit-on encore quelques taches légères, quelques tubercules éteints. C'est aux préparations d'or (1) habilement employées par M. le professeur Alibert que ce brillant résultat doit être attribué.

Après cette affection, nous parlerons d'une autre bien digne de figurer à sa suite, et pour laquelle les auteurs semblent avoir épuisé le vocabulaire de l'horreur et du dégoût : c'est l'*esthiomène* qui est décrite sous les noms de *dartre rongeante*, *herpes ferus*, *cacoëthes*, *lupus vorax*, etc., mal affreux dont le caractère est de détruire les tissus qu'il envahit et qui, par une sorte de funeste privilége, a placé sur la face son siége de prédilection.

Les sujets affectés d'esthiomène abondent toujours à l'hôpital St-Louis, ce qui donne à M. Alibert la faculté d'en présenter plusieurs cas assez curieux et qui permettent de suivre cette maladie dans ses différentes périodes. Deux malades dont nous allons donner successivement l'histoire abrégée suffiront pour faire connaître les symptômes d'une des principales variétés de l'esthiomène (*l'esthiomène térébrant*).

---

(1) Nous reviendrons avec détails sur le mode d'administration des préparations d'or, en parlant de quelques scrofuleux traités par ce moyen. Ce sera l'objet d'un ou plusieurs articles de thérapeutique d'autant plus importans que le traitement des scrofules et autres maladies par cette méthode est encore peu connu.

Nous aurons sans doute occasion par la suite de décrire les autres.

Première observation. — N..., jeune fille de 18 ans et demi, blonde, lymphatique, mal réglée, et depuis un an seulement, est née d'une mère morte phthisique. Pendant toute son enfance elle a été tourmentée par une opththalmie rebelle, dont un engorgement des ganglions cervicaux ne permit pas de méconnaître la nature scrofuleuse. En 1825, il se développa sur le côté droit du nez un tubercule dur, rouge, indolent autour duquel s'en formèrent d'autres qui envahirent peu à peu toute l'aile de ce côté. Traitée à plusieurs reprises par les préparations iodurées elle était presque guérie en 1832, lorsque, sous l'influence d'une irritation mécanique vive, le mal prit un nouvel essor, et en moins d'un an tout le nez était envahi. Entrée à St-Louis vers les premiers jours de mai, elle s'offrit à nous dans l'état suivant. Le nez est considérablement tuméfié; la peau qui le recouvre est d'un rouge foncé, luisant et comme amincie. Toute l'extrémité de l'organe est recouverte d'une croûte verdâtre, épaisse et irrégulière. Un cataplasme ayant fait tomber cette concrétion, on trouva dessous une surface inégale, corrodée, baignée d'une matière ichoreuse, et sillonnée d'ulcérations étroites et profondes entre lesquelles s'élevaient les tubercules ulcérés; cette malade fut mise au régime anti-scrofuleux (tisane amère de houblon, une once de vin de gentiane chaque matin), et tous les cinq ou six jours on soumit la partie ulcérée à une cautérisation avec le nitrate d'argent fondu. Depuis trois semaines que ce traitement est employé chez elle, le nez n'a pas diminué de volume, mais l'ulcération a déjà borné ses ravages, et les tubercules sont notablement aplatis.

Deuxième observation. — Il s'agit encore d'une jeune personne de 19 ans, atteinte depuis deux ans seulement d'un esthiomène qui occupait tout le nez, mais spécialement l'aile droite par laquelle il avait commencé ses ravages. Traitée de la même manière depuis près d'un an qu'elle est dans le service de M. Alibert, la guérison est aujourd'hui presque complète. Le nez a repris son volume, l'extrémité en est encore rouge, mais la peau présente son épaisseur normale, l'aile droite offre une échancrure à bords inégaux, en forme d'arc de cercle dont la corde peut avoir 5 à 6 lignes d'étendue. Cette femme ne tardera pas à sortir.

L'esthiomène, tel que nous venons de le décrire ne pourrait guère être confondu qu'avec la *carcine tuberculeuse* (*noli me tangere, bouton chancreux* des auteurs), ou une affection syphilitique : car *l'éléphantiasis* dont nous avons parlé et la *mélitagre* dont nous citerons quelques exemples dans un prochain article, offrent trop de dissemblance pour pouvoir jamais induire en erreur.

Comparons d'abord l'esthiomène avec la carcine tuberculeuse. Ces deux affections ayant souvent été prises l'une pour l'autre, il importe de réunir toutes les circonstances qui peuvent servir à les différencier; et d'abord sous le point de vue de *l'étiologie*, l'esthiomène se montre presque constamment sur des sujets jeunes et lymphatiques ou du moins scrofuleux (1), tandis que le bouton chancreux attaque surtout les vieillards et indifféremment toutes les constitutions. Pour les *symptômes* et la *marche* : la dartre rongeante se manifeste d'abord par un petit tubercule d'un rouge livide, dur, indolent, auquel plusieurs autres ne tardent pas à se joindre; il envahit aussi progressivement des surfaces plus ou moins étendues : au bout d'un certain temps les tubercules viennent à s'excorier; il en découle une matière ichoreuse qui, en se concrétant, constitue les croûtes larges et épaisses dont nous avons parlé : à l'entour la peau est d'une couleur rouge, violacée, luisante, nullement douloureuse. Cependant il y a quelquefois un sentiment de tension et de gêne; la marche est lente continue, les parties molles, les cartilages sont envahis et détruits, mais les os sont respectés. Si nous étudions maintenant la succession des phénomènes que présente la carcine tuberculeuse, nous voyons bien d'abord un tubercule rouge à base dure et à sommet acuminé, mais qui excite un prurit douloureux et incommode; il augmente peu à peu de volume, la peau voisine s'enflamme et s'indure sans offrir cette teinte livide et violacée et cet aspect luisant de l'esthiomène : ici de nouvelles tumeurs ne viennent pas s'adjoindre à la première, qui reste unique pendant le cours de la maladie et occasione seule tous les ravages; mais c'est quand l'ulcération est déclarée que les différences deviennent bien marquées; on retrouve alors ces ulcères à bords durs et renversés dont le fond grisâtre et sanguinolent donne naissance à des végétations fongueuses; ces engorgemens des ganglions lymphatiques voisins, cette destruction profonde qui n'épargne pas même la substance des os, en un mot, tout l'affreux cortége des maladies cancéreuses. Enfin, la *thérapeutique* vient elle-même éclairer le diagnostic; car, tandis que les excitans produisent une influence favorable sur la marche de l'esthiomène, nous les voyons exaspérer les tumeurs cancéreuses et hâter leurs progrès.

Reste maintenant la *syphilide pustulante* de M. Alibert (*tuberculeuse* de M. Biett), qui simule parfois l'esthiomène au point de jeter dans l'embarras des praticiens même très-exercés. Les tubercules de la syphilide sont, il est vrai, plus durs, d'un rouge cuivré, différent de la teinte livide qui colore la dartre rongeante; ils restent bien plus longtemps sans s'excorier, et l'ulcération, quand elle survient, est trop caractéristique pour qu'il puisse y avoir erreur; mais au début il faut souvent une extrême habitude pour ne pas se tromper. Nous avons dit que l'esthiomène affectait dans la plupart des cas de jeunes sujets et spécialement les scrofuleux; et les syphilides étant un symptôme de vérole constitutionnelle, elles ne devraient se présenter que sur des sujets déjà avancés en âge et ayant éprouvé autrefois ou même éprouvant actuellement d'autres accidens syphilitiques; dans de pareils cas le doute serait impossible. Mais si, avec plusieurs médecins, on admet que la vérole puisse être héréditaire, et comme le scrofule, la phthisie, le cancer, etc, ne se manifeste qu'au bout d'un temps plus ou moins éloigné de l'époque de la naissance,

(1) Il ne faut pas croire, comme on paraît le faire généralement, que les scrofuleux soient tous lymphatiques; il suffit de parcourir les salles de scrofuleux à l'hôpital Saint-Louis, pour se convaincre du contraire.

on verra que l'âge n'est pas par lui seul capable de décider le diagnostic et qu'il faut y joindre l'aspect de la maladie, et s'il se peut l'histoire des parens, chose qu'il n'est pas toujours facile d'obtenir bien exactement.

Devant revenir plus tard sur le traitement des affections dartreuses en général, nous ne parlerons ici que des moyens locaux employés actuellement par M. Alibert contre l'esthiomène. Ils consistent, comme nous l'avons dit dans la première observation, dans des cautérisations fréquemment répétées avec le nitrate d'argent fondu et pratiquées de la manière suivante : On trempe dans l'eau l'extrémité du caustique taillé en forme de crayon afin d'en dissoudre une petite quantité qui pénètre plus facilement dans l'épaisseur des parties malades, alors la pierre est promenée sur toute l'ulcération et même au-délà de manière à produire une escarre superficielle qui se détache au bout de quelques jours. On parvient ainsi à entraver le progrès de l'érosion d'une part, et de l'autre à changer le mode d'inflammation.

Mais, quoique vaincu, l'esthiomène grave en stygmate les traces indélébiles de son passage, et des cicatrices irrégulières, difformes, bizarrement accidentées, restent pour attester la malignité de cette terrible maladie.

BEAUGRAND, interne.

Essai sur la méthode naturelle appliquée à la classification des maladies, et spécialement des maladies de la peau; par M. DUCHESNE-DUPARC, D. M. P., ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.

Tant que les faits qui composent une science sont peu nombreux, celui qui se livre à leur étude les confie indistinctement à sa mémoire, sans éprouver le besoin de leur chercher un ordre de classification; mais il n'en est plus ainsi quand de nouvelles découvertes les ont multipliés au point que la mémoire la plus heureuse ne pourrait les retenir; quand une étude plus approfondie a fait reconnaître les nombreux rapports qui, pour ainsi dire, les tiennent enchaînés : de là, comme on le voit, double nécessité d'une classification.

Nous pouvons ranger en deux classes bien distinctes les auteurs qui ont écrit sur les sciences naturelles : les uns, comme effrayés du grand nombre d'objets que la science renfermait, n'ont songé qu'à faciliter leur étude; ils ont cru puissamment aider la mémoire en prenant pour bases de leur système de classification un petit nombre de caractères plus ou moins saillans, sans avoir auparavant apprécié leur importance dans ses divers individus, sans être assurés de la constance de leur existence, sans s'inquiéter s'ils rapprochaient les objets les plus disparates, et s'ils éloignaient ceux que les analogies les plus frappantes rendent inséparables.

Mais les autres, entraînés par le pouvoir des analogies, dédaignèrent ces moyens artificiels de classification, et voulurent que la loi des rapports présidât seule à l'arrangement des objets de leur étude; ils sentirent bientôt que leur marche était celle de la nature; qu'étudiés sous ce point de vue les différens êtres venaient comme d'eux-mêmes prendre la place qui leur appartenait; que jamais on n'était choqué de leur rapprochement, et que la mémoire les retenait avec une étonnante facilité. Comment perdre en effet des séries d'impressions se liant naturellement les unes aux autres? Quand nous avons une idée, c'est celle qui la suit qui lui tient par le plus de rapports; en sorte qu'elles s'introduisent, et, pour parler avec plus de précision, qu'elles s'appellent tour à tour dans l'entendement humain.

D'ailleurs, la différence du sort de ces deux genres de classifications ne parle-t-elle pas assez haut en faveur de la méthode naturelle? Les classifications artificielles sont pour la plupart oubliées; et si quelques-unes survivent encore, il faut avouer que c'est pour voir chaque jour leur autorité plus compromise. Celles au contraire qui sont basées sur des rapports naturels d'analogies ne cesseront pas d'être le guide le plus sûr pour tous ceux qui se livrent aux recherches scientifiques. On sait quel degré de gloire ont atteint nos modernes naturalistes; on sait avec quelle assurance ils ont fait marcher à pas de géant les sciences les plus vastes.

C'est depuis long-temps déjà qu'on signale l'insuffisance de toute méthode artificielle pour la classification des maladies; nous en avons la preuve écrite dans l'opinion émise par un grand nombre d'auteurs considérés aujourd'hui comme les maîtres de l'art. Écoutons à ce sujet le grand Sydenham : Rien n'est plus important, dit expressément cet homme immortel, que de ranger les maladies en espèces, et de les définir, autant que possible, avec la même exactitude que les botanistes mettent dans la description d'une plante : *Primò expedit ut morbi omnes ad definitas ac certas species revocentur eâdem prorsus diligentiâ quâ id factum videmus à botanicis scriptoribus, in suis phythologiis; quippè reperiuntur morbi qui sub eodem genere ac nomenclaturâ redacti, qui ad nulla symptomata sibi invicem comsimiles; tamen et naturâ inter se discreti, diversum etiam medicandi modum postulant.* » Baglivi dit aussi qu'il serait de l'intérêt de notre art de suivre la division des botanistes pour la classification des maladies : « *Et sanè inter præcipua artis nostræ desiderata, illud meritò reponimus, ut scilicet singuli quique morbi in tot species subdistinguantur quot sunt morbi primarii in quibus foventur, aut causæ vehementes constantes que in quibus producuntur, et singularum specierum proponantur signa caracteristica, cum historiâ primâ earumdem, necnon medendi methodus cuilibet opportuna et stabilis, eâdem potissimùm ratione, quâ id factum videmus à botanicis*, etc. » Musgrave compare le médecin qui néglige les analogies et les différences des maladies à un lapidaire qui ne pourrait distinguer divers diamans confondus sous la même dénomination. Enfin Gœrter, célèbre professeur de Leyde, était persuadé que les espèces des maladies ne sont pas moins constantes que celles des plantes. « Aussi, disait-il, ce n'est que d'après cette manière de voir, que tout homme sensé doit adopter, qu'on peut espérer de voir un jour la médecine acquérir la même certitude que la botanique. » Mais personne, que je sache, n'a dit en France, avant Buffon, que c'était de l'ensemble et de la considération de l'ensemble des parties qu'il fallait déduire

les familles, ou, ce qui est la même chose, la méthode naturelle. « Il me paraît, dit ce grand homme, que le seul moyen de faire une méthode instructive et naturelle, c'est de réunir les choses qui se ressemblent, et de séparer celles qui diffèrent les unes des autres : voilà l'ordre qu'on doit suivre dans l'arrangement des productions naturelles ; bien entendu que les ressemblances et les dissemblances seront prises non-seulement d'une partie, mais du tout ensemble, et que cette méthode d'inspection se portera sur la forme, sur la grandeur, sur le port extérieur, sur les différentes parties, sur leur nombre, sur leur position, sur la substance même de la chose ; qu'on se servira de ces élémens, en petit ou en grand nombre, à mesure qu'on en aura besoin. »

Ainsi donc, c'est du nombre, de la figure, de la situation, de la proportion respective des parties, c'est de leur symétrie, c'est de la comparaison de leurs rapports ou de leurs ressemblances, de leurs différences et de celles de leurs qualités ; c'est de cet ensemble que naît la convenance, cette affinité qui rapproche les objets de nos études et les distingue en classes et en familles. C'est cette méthode si féconde en heureux résultats que M. le professeur Alibert vient d'appliquer à la classification des dermatoses. Depuis long-temps médecin en chef d'un hôpital, où viennent se grouper chaque année les innombrables maladies du derme ; cet auteur célèbre a vu de bonne heure que leur diagnostic, pour être sûr et facile, devait avoir pour bases les caractères constans de ces maladies : il a reconnu la nécessité des divisions et des rapprochemens fondés sur des dissemblances ou des affinités invariables, d'admettre des subdivisions, toujours en vertu des mêmes principes ; d'assigner ainsi des groupes à cette branche importante de la pathologie, d'en faire ensuite dériver des genres, des espèces et des variétés, d'adopter enfin une méthode de classification appuyée sur les faits et l'expérience de chaque jour. Étudiées sous ce point de vue, les maladies de la peau peuvent se classer aussi facilement que les plantes des botanistes : chacune d'elles se trouve avoir une place déterminée et qu'aucune autre ne saurait lui ravir. La connaissance de l'une facilite l'étude de celle qui la suit ou la précède ; mais on ne pourra jamais les confondre. A une méthode naturelle de classification devait nécessairement se joindre une nomenclature exacte et rigoureuse, appropriée aux besoins de l'époque actuelle. Aussi, tous les noms, depuis celui des groupes jusqu'à ceux des variétés, sont-ils tirés de la maladie elle-même, indiquant son essence ou peignant ses principaux caractères. Cette réunion si heureuse d'une distribution méthodique et d'une nomenclature qui peint tout par image, imprime aux travaux de M. Alibert un caractère d'ensemble et de lucidité inconnus jusqu'alors ; à l'aide d'un tel guide, et quelque soit le pays où l'on se trouve, on pourra maintenant nommer sans hésitation une maladie de la peau, préciser les principaux phénomènes qui l'accompagnent, et tirer de ces considérations si avantageuses le traitement le plus rationnel. Que pourrais-je dire de plus en faveur d'un ouvrage dont la réputation est européenne ? Joseph Frank, professeur de l'université impériale de Wilna, ne balance pas à mettre l'ouvrage de M. Alibert à côté de celui de son illustre père. « Le traité de Pierre Frank, dit-il, et le magnifique ouvrage de M. Alibert ont prouvé qu'on pouvait classer les maladies sans avoir besoin d'une méthode artificielle *Posse enim vel intricatam morborum cutaneorum doctrinam, sine hoc erroneo artis adminiculo in ipsorum tyronum usum tradi ea J. P. Frank epitomes pars docet quæ morbos cutis amplectitur; idem testatur splendidissimum de morbis cutis opus, auctore Alibert; modò placuisset celeberrimo viro isto, etc.*

DUCHESNE-DUPARC, D. M.

Grossesse extra-utérine abdominale observée et communiquée par M. QUEYSSAC, Médecin à Saint-Céré (Lot).

Le 29 juillet 1833, mon confrère et ami F. Souilhac et moi fûmes appelés pour donner nos soins à Marie Amadieu, âgée de 32 ans, native de cette ville, qui, disait-on, avait une affection du col de la matrice. Quelques années auparavant cette femme avait donné le jour à deux enfans, sans qu'aucun de ces deux accouchemens présentât rien de remarquable. Depuis cinq mois elle ressentait des douleurs parfois atroces dans la région iliaque droite ; depuis cette époque elle avait une perte peu abondante, mais continuelle ; cet écoulement était tantôt sanguinolent, tantôt musco-sanguinolent ; son embonpoint avait en grande partie disparu, et son abdomen était un peu plus volumineux que dans l'état naturel, depuis trois jours les douleurs de la région iliaque droite étaient plus fortes et plus étendues ; l'abdomen était un peu météorisé et très-douloureux à la pression.

Par le toucher, je m'assurai que la matrice était un peu plus développée que dans l'état de vacuité, qu'elle était fortement renversée en avant, et qu'il y avait, à cause de sa situation, impossibilité d'atteindre son col. En soulevant l'utérus je m'aperçus qu'il supportait un corps très-lourd qui offrait du côté gauche de la femme un très-léger ballottement ; la malade souffrait tellement qu'elle ne put me permettre d'appliquer en même temps ma main gauche sur l'abdomen. Je lui dis que je croyais fort qu'elle était enceinte de quatre à quatre mois et demi ; elle me répondit que depuis six mois elle n'avait eu communication avec aucun homme, qu'elle avait continuellement perdu en rouge, et que depuis trois jours seulement elle avait une perte blanche. Nous ordonnâmes des bains, une forte application de sangsues sur l'abdomen, la diète et des boissons mucilagineuses. Le lendemain matin la malade offrit tous les symptômes d'une péritonite suraiguë. Je réitérai le toucher, en glissant comme la veille mon doigt à gauche et en arrière de l'utérus, j'obtins de nouveau et à plusieurs reprises un ballottement très-distinct, ce qui, joint au peu de développement de la matrice, acheva de me convaincre qu'il y avait grossesse et grossesse extra-utérine. Douze heures après la femme succomba.

Autopsie. — Le péritoine offrait dans presque toute sa surface des marques non-équivoques d'une vive inflammation ; les intestins étaient recouverts par un large caillot de sang du poids de trois livres au moins, et formaient par leur adhérence entre eux et avec l'épiploon un tout si confus qu'on avait de la peine à s'y reconnaître ; avec de la pa-

tience je parvins à les isoler, c'est alors seulement que nous aperçûmes dans la fosse iliaque gauche une tumeur assez volumineuse, ronde à son sommet et se prolongeant en pointe dans l'intérieur du bassin, comprimant et adhérant à droite avec l'utérus, à gauche avec le rectum; le sommet de cette tumeur recouvert par le péritoine était spongieux et offrait une crevasse d'un pouce et demi de long, circonstance qui nous fit connaître d'où provenait le sang épanché dans l'abdomen; à droite et au sommet cette tumeur fournissait un prolongement qu'on aurait dit être un intestin grêle, mais qui n'était réellement qu'une extension du placenta, qui, en forme de pate d'oie et au milieu de nombreuses adhérences avec les parties circonvoisines, allait s'implanter dans la fosse iliaque droite; tous les vaisseaux qui se distribuaient à cette dernière région ainsi que les utérins avaient une capacité deux fois plus grande que dans l'état normal. La matrice un peu plus volumineuse que dans l'état de vacuité était saine, vide, renversée en avant et en bas, et recouverte presque entièrement par la tumeur; son col était sain, il en était de même de l'ovaire et de la trompe gauche; la trompe droite était saine aussi; l'ovaire du même côté contenait deux kystes; l'un de la grosseur d'un œuf de poule renfermait de la sérosité sanguinolente, l'autre de la grosseur d'une noisette contenait un liquide albumineux; ces deux kystes ainsi que le ligament large droit étaient adhérens à la tumeur, mais de manière toutefois à pouvoir en être séparés avec le manche du scalpel. En divisant cette tumeur ou plutôt ce kyste, nous reconnûmes que sa partie supérieure, qui était ronde, spongieuse et recouverte par le péritoine, était uniquement formée par un placenta de la grosseur d'un placenta d'une vraie grossesse de six mois; la face interne de ce corps et du kyste qui le contenait était tapissée par les membranes chorion et amnios; cette dernière membrane contenait des eaux en assez grande quantité et un fœtus de la longueur d'un fœtus de quatre mois et demi, mais chez lequel l'état d'ossification avancée nous fait présumer qu'il était âgé d'environ six mois. Le cordon ombilical avait treize pouces de long; la tête de ce fœtus mâle assez mal conformé portait l'empreinte du bord saillant du détroit supérieur.

De tout ce qui précède, quoique je ne puisse pas préciser quelles étaient les artères et les veines qui se rendaient au placenta, attendu que je fus obligé de faire cette autopsie pendant la nuit, à cause de certains préjugés qu'on ne saurait trop blâmer, je crois pouvoir avancer que la grossesse dont je viens de donner l'histoire est vraiment abdominale; M. Souilhac avec qui je fis l'ouverture du cadavre et cinq de mes autres confrères auxquels le lendemain je montrai les pièces que j'avais conservées intactes furent tous de mon avis. Nul doute que les douleurs que la femme éprouvait depuis cinq mois n'aient été le résultat d'une péritonite chronique causée par cette grossesse, péritonite qui passa à l'état suraigu par suite de l'hémorrhagie qui eut lieu après la déchirure du placenta, déchirure qui elle même avait pour cause une marche forcée que fit cette femme quatre jours avant sa mort.

QUEYSSAC, D. M. P.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

JUIN 1834.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

Mémoire sur quatre nouveaux cas de trachéotomie pratiquée avec succès dans la période extrême du croup.

Dans les deux premiers numéros de ce journal, j'ai fait connaître l'histoire d'un enfant sur lequel j'avais pratiqué avec succès la trachéotomie dans la période extrême du croup. Depuis cette époque, j'ai de nouveau fait cette opération sur quatre jeunes garçons; l'un de trois ans, l'autre de quatre et demi, le troisième de quatre ans, et le dernier de treize mois, que j'ai eu le bonheur de sauver. Je dirai avec détail et avec minutie par quels moyens je suis arrivé à cet heureux résultat; par quelles angoisses j'ai passé; par quels artifices j'ai lutté à chaque instant contre des périls sans cesse renaissans. Je serai, je le répète, narrateur minuticux de minutieux détails; mais ceux qui ont déjà pratiqué la trachéotomie dans le cas de croup; ceux qui, à l'exemple de M. Bretonneau et au mien, la pratiqueront désormais, me sauront sans doute quelque gré du soin que j'aurai pris à donner une grande importance à ces prétendus *riens*.

La trachéotomie, en tant qu'œuvre chirurgicale, est presque aussi facile que la plupart des amputations : l'opération faite, on n'a reculé que de quelques heures la mort du malade. Le traitement ultérieur est tout, mais ce traitement est difficile et exige une assiduité et une patience qui ne se démentent pas un seul instant.

Première observation.

Théophile Halphen, âgé de deux ans et onze mois, a éprouvé déjà plusieurs maladies graves des organes respiratoires. Dans le courant de l'automne 1833, il eut une péripneumonie, et un peu plus tard, une coqueluche dont il ne fut guéri que dans la première quinzaine de janvier 1834. Cependant, quoique les quintes convulsives eussent entièrement cessé, il restait encore un catarrhe chronique pour lequel M. le docteur Cahen, oncle et médecin de l'enfant, conseilla l'application d'un vésicatoire.

Dans les derniers jours de janvier, il survint aux deux oreilles, au menton, et à la joue droite une petite inflammation, qui ne s'étendit pas au-delà et à laquelle on ne fit aucune attention.

Le dimanche 2 février 1834, malaise, toux plus fréquente, un peu rauque pendant la nuit, voix altérée. Quoique cet enfant fût pour son père l'objet d'une sorte de culte, on ne fit néanmoins pas attention à cette nouvelle toux, qui, en définitive, devait sembler à des personnes étrangères à notre état, beaucoup moins grave que celle de la coqueluche. La journée suivante se passa comme celle du dimanche; mais pendant la nuit, la toux prit un tel caractère de raucité, la voix devint tellement voilée, que l'on envoya le mardi chercher M. le docteur Cahen. Quand ce praticien arriva, la toux était sèche et peu sonore, la voix presque éteinte, l'oppression assez considérable. Il n'y avait que peu de fièvre. M. Cahen reconnut le croup, fit appliquer au cou six sangsues qui saignèrent peu abondamment, et demanda en consultation MM. Blache et Guersent qui virent l'enfant le mercredi matin. Ils le trouvèrent beaucoup plus oppressé qu'il ne l'était le matin; la toux était éteinte, la voix faible et striduleuse. Ils conçurent les plus vives inquiétudes, prescrivirent un vomitif qui fut administré peu après, et quatre grains de calomel que l'on donna dans le courant de la journée.

Cependant ces messieurs me firent l'honneur de m'adjoindre à eux, comme consultant. Nous nous réunîmes le lendemain à onze heures du matin. La voix était éteinte, la toux rare, sifflante ou insonore; la dyspnée continuelle s'augmentait de temps en temps, et devenait de plus en plus grande. Le diagnostic n'était douteux pour aucun de nous; mais un autre phénomène le rendit encore plus certain. Nous nous aperçumes en effet que la conque des deux oreilles, que le conduit auditif externe, et que les deux excoriations du menton et de la joue étaient recouvertes de pellicules blanches, exhalant une odeur très fétide analogue à celle des pieds des personnes malpropres. L'existence de la diphthérite cutanée était une preuve de plus que le larynx était envahi par la phlegmasie pelliculaire. D'un commun accord, nous continuâmes l'emploi du calomel dont on rapprocha seulement les doses, et comme la mort ne nous semblait pas devoir arriver avant le milieu de la nuit, nous nous ajournâmes à trois heures après midi, décidés à insister sur notre médication si les symptômes s'étaient amendés, et à pratiquer la trachéotomie si l'asphyxie devenait imminente.

A trois heures nous étions de nouveau réunis. Il ne nous parut plus possible de différer la trachéotomie. La dyspnée était extrême, la face livide et froide, le pouls petit et très fréquent. J'avais mes instrumens, et ces messieurs voulurent bien m'assister dans l'opération.

Or, pendant que nous faisions nos préparatifs, le petit malade eut une violente quinte de toux à la fin de laquelle

il expectora une fausse membrane tubulée et bifurquée de la longueur de deux pouces environ. Ce nonobstant, l'orthopnée n'en devint pas moindre; et j'avoue que je fus un instant épouvanté et indécis. La continuation de la difficulté de la respiration après l'expectoration d'une fausse membrane qui tapissait la trachée et la première division des bronches, semblait indiquer que le mal descendait au-delà, et que par conséquent la trachéotomie n'apporterait pas même un soulagement temporaire. Toutefois il ne me parut pas impossible que les bronches fussent libres au-delà de leur première division, et que le plus grand obstacle existât dans le larynx. Je me décidai donc.

L'opération fut commencée de même que chez le jeune enfant qui fait le sujet de notre premier mémoire (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, tom. I. mais un incident m'embarrassa : dès que j'eus coupé la peau et l'aponévrose cervicale superficielle, deux veines thyroïdiennes énormes se présentèrent sous le tranchant de mon couteau, l'une partait flexueuse de l'angle inférieur de la plaie et suivait la ligne médiane jusqu'au corps thyroïde, et l'autre marchait parallèlement à sa droite; leur disposition était exactement celle que mon ami, M. Jacques Lebaudy, a indiquée dans la planche du premier numéro de son Atlas. Ajoutez à cela qu'elles s'anastomosaient en bas. Je savais bien que si je coupais ces veines, l'hémorrhagie, terrible pendant l'opération, s'arrêterait immédiatement dès que la trachée serait ouverte; mais d'une part, il me semblait nécessaire de faire perdre au malade le moins de sang possible afin de lui conserver plus de résistance vitale; et d'autre part, j'aurais été obligé d'opérer sans cesse sous une nappe de sang n'ayant plus mes yeux et n'ayant que mon doigt pour guider mon bistouri. Je disséquai donc la veine qui occupait la ligne médiane, et, après l'avoir soigneusement isolée des parties sous-jacentes, je l'accrochai avec une airigne mousse que je confiai à un aide. J'arrivai sans peine sur la trachée que j'incisai de bas en haut dans l'étendue d'un demi-pouce. A l'instant même, je fis placer l'enfant sur son séant et je tins béante la plaie de la trachée à l'aide du dilatateur. Une toux violente survint aussitôt qui renvoya des bronches, des débris de fausses membranes, du mucus, et du sang qui s'était introduit au moment où j'avais incisé la trachée artère : à peine s'était-il écoulé une minute que le calme le plus profond avait succédé à l'orthopnée. La respiration était paisible et l'enfant éprouvait un peu de syncope. Cette syncope légère dura près d'une demi-heure, et ne fut interrompue que de cinq en cinq minutes par des efforts de toux. Cependant le sang qui s'écoulait de la plaie au moment de l'opération s'était immédiatement arrêté dès que l'air avait pu s'introduire librement dans la poitrine, et alors nous avions recouché le petit malade, et de temps en temps nous lui jetions de l'eau froide sur le visage pour le ranimer. Après une demi-heure il revint entièrement à lui, et rendit encore deux petits morceaux de fausses membranes roulées sur elles-mêmes et qui, d'après leur volume, semblaient appartenir à la troisième division des bronches. La respiration était aussi calme que dans l'état de santé. Il est inutile de dire qu'à l'aide de notre dilatateur nous tenions toujours béantes les lèvres de a plaie. Nous instillâmes alors dans la trachée quelques gouttes d'eau froide qui causèrent des efforts de toux et l'expulsion d'une assez grande quantité de mucus ensanglanté : puis, à l'aide d'une petite éponge liée à l'extrémité d'une tige de baleine mincee et arrondie, nous allâmes nettoyer les bronches, et solliciter l'expulsion des fausses membranes qui pouvaient rester encore dans les conduits aériens. Cela fait, nous plaçâmes l'enfant sur le côté droit et nous instillâmes dans la trachée six gouttes d'une solution de quatre grains de nitrate d'argent dans un gros d'eau distillée; nous en fîmes autant après avoir fait coucher le malade sur le côté gauche, afin de faire pénétrer notre solution caustique dans toutes les bronches. Le contact du nitrate d'argent avec la membrane muqueuse des voies aériennes détermina des efforts de toux violens et répétés qui ne furent calmés qu'après une ou deux minutes; j'instillai alors douze ou quinze gouttes d'eau, qui furent vivement rejetées, et le calme se rétablit comme auparavant.

Ce fut alors que j'introduisis la canule, qui fut fixée autour du col à l'aide de deux fils. L'enfant fut recouché et s'endormit paisiblement. Une heure après j'instillai de nouveau quelques gouttes de solution de nitrate d'argent. A dix heures du soir, je répétai la même opération. Chaque fois, le malade expectorait quelques fragmens de fausses membranes, et du mucus peu épais. La nuit se passa avec de l'assoupissement, une fièvre vive et de la toux. Toutes les heures on instillait une vingtaine de gouttes d'eau tiède, et l'on promenait un écouvillon dans la trachée et dans les premières bronches. D'heure en heure on faisait prendre deux grains de calomel, et, de temps en temps, on en insufflait dans les oreilles afin de modifier l'inflammation pelliculaire qui avait envahi le conduit auditif. Les plaies de la face qui s'étaient également recouvertes de fausses membranes furent pansées avec une pommade composée de cérat et de calomel.

Le lendemain à six heures du matin, quatorze heures après l'opération, respiration assez difficile. Pendant toute la nuit, il n'y a pas eu d'expulsion de fausses membranes; fièvre vive, assoupissement. L'enfant néanmoins s'éveille lorsqu'il est vivement excité, et alors il joue avec une bourse. On instille dans les bronches de l'eau d'abord, puis du nitrate d'argent, et malgré l'introduction réitérée des écouvillons nous ne faisons sortir que quelques débris de fausses membranes et des filamens muqueux, arrondis et de peu de consistance.

Dans la matinée le calomel produisit de fréquentes évacuations alvines, et pendant la journée et le lendemain nous en éloignâmes les doses.

La respiration, à onze heures du matin, était devenue difficile et fréquente; pouls fort et vibrant, peau très-chaude et très-humide, abattement; beaucoup de soif.

J'enlevai la canule. Elle n'était pas engouée : cependant la respiration devint un peu moins embarrassée J'instille de l'eau à plusieurs reprises, j'écouvillone opiniâtrement les bronches, et enfin après avoir sollicité sans relâche des efforts de toux qui fatiguaient l'enfant au point qu'il était tout couvert de sueur, je parviens à faire expectorer une fausse membrane longue d'un pouce et demi, bifurquée à l'une de ses extrémités. J'instillai alors une solution de nitrate d'argent, et de l'eau quelques minutes après, puis je réintroduisis la canule quand le calme fut rétabli. A onze

heures du soir, je répétai encore la même manœuvre, et cette fois encore je fis rendre à mon petit malade ou des fragmens de fausses membranes, ou des filamens muqueux, un peu tenaces, arrondis, ressemblant à du vermicelle bien cuit.

La seconde nuit se passa mal. Il n'y eut pas de dyspnée; mais un assoupissement presque continuel et une prostration inquiétante. On fit trois instillations de six gouttes de solution de nitrate d'argent.

Troisième jour. La fièvre est toujours aussi vive; respiration fréquente et facile; gencives gonflées, langue ulcérée à la pointe et recouverte de concrétions pultacées. La canule est enlevée et replacée deux fois; trois instillations de nitrate d'argent. Instillation d'eau toutes les heures. On cesse le calomel.

Quatrième jour. Même état, même traitement. L'expectoration devient de plus en plus muqueuse et catarrhale, on n'y retrouve plus que des filamens arrondis tels que ceux dont j'ai parlé plus haut, et quelques petits fragmens de concrétions pelliculaires.

Ce jour-là aussi nous fûmes frappés d'un phénomène auquel nous n'avions pas encore fait assez d'attention et qui nous suggéra quelques idées thérapeutiques. En écouvillonnant, nous détachâmes une lame épaisse de mucus desséché, exactement moulé sur la forme de la trachée; la canule était tapissée d'une couche analogue. Ce mucus était exactement semblable à celui qui se dessèche dans le nez. Nous comprîmes alors que le contact rapide d'un air sec était la cause de cet endurcissement, et que ce pouvait n'être pas sans inconvénient: nous comprîmes aussi pourquoi les instillations répétées de quelques gouttes d'eau étaient si évidemment utiles. Mais pour nous opposer encore plus efficacement à la brusque introduction d'un air sec dans les bronches, nous fîmes placer sur le feu de la cheminée une cafetière d'eau bouillante à la partie supérieure de laquelle fut adapté un long tuyau de fer-blanc qui conduisait dans l'appartement une masse considérable et sans cesse renouvelée de vapeur d'eau.

La nuit du quatrième au cinquième jour est bonne.

Cinquième jour. Cependant la plaie extérieure qui s'était considérablement gonflée le deuxième jour de l'opération, s'était affaisée hier soir au point que nous avions été obligés de mettre une canule beaucoup plus courte. Dans la journée, la canule s'engorge; mais l'expectoration reste muco-puriforme. Dès-lors nous ne jugeâmes plus à propos d'instiller du nitrate d'argent dans les bronches; seulement, quand la respiration s'embarrassait un peu on injectait quelques gouttes d'eau qui rendaient l'expectoration plus facile.

Rien de nouveau le sixième jour. La respiration était libre, l'expectoration était catarrhale, les ulcérations diphthéritiques extérieures ne sécrétaient plus de fausses membranes, et quoique nous n'eussions plus rien à craindre de la maladie pour laquelle nous avions pratiqué l'opération, il nous restait néanmoins de graves sujets d'inquiétude. Le calomel que l'on avait donné avant et après la trachéotomie, avait amené une cachexie mercurielle et une débilité profonde; et les observations de M. Bretonneau nous avaient appris à craindre ces accidens secondaires. La soif était vive, il y avait de l'inappétence, de la diarrhée, et un abattement fort grand. Nous avions eu soin pourtant de donner du lait coupé aussi souvent que possible; mais cette alimentation ne réparait pas les forces.

Un autre phénomène nous alarmait encore davantage, c'était l'absence de toute sensation affective. Quoique je dusse être un bourreau pour lui, puisque moi seul je lui avais fait du mal, quoiqu'il fût entouré de la part de tous les membres de sa famille des soins les plus touchans et les plus affectueux, il me voyait m'approcher de son lit avec autant d'indifférence que si je lui fusse resté parfaitement étranger; il ne caressait aucun de ses parens; et il ne songeait pas même à son père qui l'avait élevé et pour qui il avait une tendresse exclusive.

Aussi lorsque, le neuvième jour il profita du peu d'air qui commençait à passer par le larynx, pour demander son père; et lorsqu'à sa vue il témoigna une vive joie; lorsque, le même jour, je le vis rempli de crainte à mon approche, accueillir au contraire sans frayeur MM Guersent et Blache à qui il n'avait à reprocher aucune de ses douleurs, je le regardai comme sauvé, et en effet il commença à avoir de l'appétit; sa diarrhée s'était calmée sous l'influence du sous-nitrate de bismuth, administré à la dose de six grains par jour; et quelques cuillerées à café de vin de quinquina que l'on donnait dans la journée, rendaient au malade de la vigueur et du courage.

Le larynx tardait à se désobstruer. Pour le débarrasser des concrétions pelliculaires, et en même-temps pour modifier l'inflammation spécifique dont sa membrane muqueuse était encore le siége, j'armai d'une petite éponge que l'imbibai de solution de nitrate d'argent, le bout d'une tige de baleine résistante que j'avais recourbée à angle droit à six lignes de son extrémité, et, pénétrant par la plaie de la trachée artère, j'introduisis avec effort l'éponge dans le larynx, et quand j'eus franchi la glotte, je ramenai l'instrument par la voie qu'il avait déjà suivie. Cette opération fut répétée le dixième, onzième et douzième jours. Le larynx alors n'était plus tapissé par des concrétions diphthéritiques, mais le gonflement de la membrane muqueuse était sans doute l'obstacle qui s'opposait encore un peu au passage de l'air.

Nous touchions au but, car deux jours après je pus enlever la canule et fermer la plaie de la trachée. Nous étions au douzième jour, et il passait déjà beaucoup d'air par le larynx, ainsi que je viens de le dire, lorsqu'une imprudence de ma part faillit faire périr ce pauvre enfant.

Au lieu de fermer avec un bouchon de liége la canule qui était restée dans la plaie, ce que je fais toujours, dans le but de forcer l'air et le mucus à passer par le larynx, sauf à ôter mon bouchon dès que la respiration s'embarrasse, j'introduisis une canule beaucoup plus étroite. Cette canule avait encore un calibre tout aussi considérable que les plus fortes sondes de gomme élastique: je l'avais d'ailleurs achetée toute faite d'un coutelier qui l'avait fabriquée pour la trachéotomie. Pendant une demi-heure que je passai près de l'enfant, la respiration s'exécuta sans aucune gêne, l'air passant à la fois par le larynx, par la canule, et par la plaie qui était plus large que la canule. Je partis donc sans inquiétude; mais, une heure après mon départ, les lèvres de la

plaie de la trachée s'étaient rapprochées et la respiration ne se faisait plus que par le larynx et la canule; lorsque tout-à-coup, à la suite d'un effort de toux, un gros crachat tenace, et peut-être un morceau de mucus desséché, oblitéra presque complètement le larynx et la trachée, et tous les phénomènes de l'asphyxie en furent la conséquence immédiate. En moins de dix minutes le petit malade fut expirant, et l'oncle de l'enfant qui nous avait envoyé chercher en toute hâte, voyant que nous n'arrivions pas et que la mort était imminente, pensa qu'un accident aussi subit tenait à quelque obstacle au passage de l'air; il enleva aussitôt la canule, écouvillonna la plaie et la trachée; et lorsque nous arrivâmes le calme était rétabli. Certes, cet enfant dut la vie à la présence d'esprit de son oncle; et cet accident, qui faillit être funeste, sera pour nous, comme il doit l'être pour tous les praticiens, une salutaire leçon; il nous apprendra *qu'on ne saurait jamais se servir de canules trop larges.*

Je remis donc la canule que j'avais enlevée dans la journée; et le lendemain matin j'y plaçai un bouchon qui l'obturait complètement. La respiration ne fut en rien gênée, l'air et le mucus passaient par le larynx, et un peu par la plaie. Le bouchon fut laissé quatre heures de suite, sans accidens; j'avais expréssement recommandé aux parens de l'enlever s'il survenait la moindre gêne. Le soir, je fermai de nouveau la canule, qui resta ainsi bouchée presque toute la nuit.

Le lendemain matin, non-seulement je fermai la canule, mais encore je remplis de coton toute la plaie que je recouvris d'une compresse. Voyant alors que pendant presque toute la journée l'enfant avait pu respirer avec cet appareil, tousser par le larynx et appeler assez distinctement son père, j'enlevai la canule, je fermai la plaie avec des bandelettes agglutinatives : je les recouvris de coton et d'une cravate; et désormais le petit malade respira par les voies naturelles. C'était le quatorzième jour.

Les jours suivans nous fûmes obligé de renoncer à l'emplâtre agglutinatif qui produisait de l'érythême et quelques vésicules sur la peau du col; nous eûmes alors recours au taffetas d'Angleterre qui nous servit jusqu'au bout.

La plaie de la trachée se rétrécit rapidement, et le vingt-deuxième jour, c'est-à-dire huit jours après qu'on eut ôté la canule, il ne passait plus une seule bulle d'air par la plaie; trois jours plus tard tout était cicatrisé.

Cependant vers le quinzième jour de l'opération, il s'était manifesté une pneumonie sub-aiguë qui occupait les deux poumons, mais surtout le droit; quoiqu'on entendit un rale crépitant assez nombreux, et que l'on pût percevoir le souffle bronchique sur une surface de plusieurs pouces, nous crûmes néanmoins devoir nous borner à une médication peu active, et nous conseillâmes seulement du vin de quinquina qui fut pris pendant quinze jours et qui produisit l'effet le plus salutaire.

Un mois après l'opération, l'enfant avait recouvré la plénitude de sa santé : la voix, long-temps altérée, avait repris son timbre normal; et il ne reste aujourd'hui de la maladie et de l'opération qu'une cicatrice linéaire et nullement difforme. Les médecins qui ont vu ces enfans sont : MM. Cahen, Guersent, Blache, Puzin, Bourand, Lebrèton, Lebaudy, Pidoux, Marmorat, etc., etc.

Deuxième observation.

La seconde observation sera racontée brièvement; la vie de l'enfant a été promptement hors de péril, et nous n'avons pas eu à passer par ces vicissitudes cruelles qui nous ont tant inquiété chez le jeune Halphen.

Théodore Chiquet, âgé de quatre ans et demi, demeurant à Paris, rue de la Croix, n° 15, avait éprouvé au commencement de l'hiver une fluxion de poitrine assez grave; il lui restait un catarrhe habituel, et sa santé était d'ailleurs excellente.

Le mercredi 5 mars 1834, il se plaignit d'un peu de mal de gorge, et eut un petit mouvement de fièvre. Le lendemain 6, il ne survint rien de nouveau et l'on ne conçut aucune inquiétude; mais, dans la nuit, la toux de grasse qu'elle était habituellement devint un peu rauque; la voix fut un peu plus voilée. Les parens, qui avaient déjà perdu un enfant du croup, commencèrent à concevoir des inquiétudes et mandèrent leur médecin, M. le docteur Thillaye Ce praticien examina l'arrière-bouche, vit les amygdales tapissées de concrétions pelliculaires, et quoique l'enfant eût peu de fièvre et d'oppression, il pensa bien que l'inflammation couenneuse s'était étendue déjà des tonsilles au larynx. La toux était rauque et peu éclatante, la voix profondément altérée. De loin en loin, la respiration devenait un peu plus fréquente et un peu plus gênée que dans l'état naturel.

Il conseilla l'application de quelques sangsues au col, et donna deux grains de calomel de deux heures en deux heures.

La nuit fut terrible : l'oppression fit des progrès effrayans, et M. Thillaye fit appeler en consultation M. le docteur Blache, qui vint le samedi 8, à onze heures du matin.

Ces deux messieurs furent d'accord sur la nature du mal; ils pensèrent aussi que toute chance de salut était enlevée, et ils me firent l'honneur de m'inviter à me trouver avec eux à quatre heures de l'après-midi, et à apporter mes instrumens afin de pratiquer la trachéotomie, si nous jugions cette opération indispensable.

Quand nous arrivâmes à quatre heures, nous trouvâmes l'enfant dans un état voisin de la mort : il était assis plutôt que couché sur des oreillers, le col saillant, la face pâle, pleine de frayeur et d'anxiété et ruisselante de sueur. L'inspiration était sèche, courte et bruyante; l'expiration lente, laborieuse et saccadée; de temps en temps, peut être une fois par heure, l'enfant toussait, et la toux était sèche et presque insonore; la voix éteinte, si ce n'est dans de grands efforts de phonation, où elle était aiguë et glapissante.

Peau chaude et couverte de sueur, pouls extrêmement fréquent.

Les amygdales, considérablement tuméfiées, sont recouvertes de concrétions pelliculaires.

Il était évident que la mort allait arriver. L'opération fut donc immédiatement décidée, et pendant que nous en faisions les préparatifs, l'enfant fut pris d'un accès de suffocation extrêmement violent; nous crûmes qu'il allait expirer. Nous nous hâtâmes donc de le placer sur une table, et nous ouvrîmes la trachée.

L'opération qui fut faite rapidement, quoique sans préci-

pitation, présenta quelques circonstances qu'il n'est pas inutile de noter ici. Le plexus veineux thyroïdien formait au-devant de la trachée un lacis tellement serré qu'il nous fut impossible de l'éviter ; nous l'incisâmes donc, et comme nous poursuivîmes rapidement l'opération, il n'y eut pas de sang de perdu ; mais ce ne fut pas sans effroi que nous vîmes dans l'angle inférieur de la plaie, la veine sous-clavière gauche se gonfler démesurément à chaque effort d'expiration, et se présenter sans cesse sous le tranchant du bistouri : il fallut, pour que je pusse achever mon opération, qu'un des aides la renfonçât dans la poitrine.

Quand j'eus mis à nu la trachée-artère dans l'étendue d'environ huit à dix lignes, j'incisai, par ponction, l'anneau le plus inférieur ; je retirai aussitôt l'instrument et je plaçai le doigt indicateur de la main gauche sur cette ouverture, et saisissant de la droite un bistouri boutonné, je l'enfoncai rapidement dans le petit perluis que j'avais fait, et j'incisai en moins d'une seconde jusqu'au cartilage crieoïde : ce dernier temps de l'opération demande à être exécuté très-rapidement pour qu'il s'introduise le moins de sang possible dans la trachée.

L'enfant fut immédiatement placé sur son séant, et, dès que le dilatateur eut été introduit dans la trachée, l'hémorrhagie veineuse s'arrêta immédiatement, et la respiration devint calme.

Peu d'instans après, de violens efforts de toux chassèrent par la plaie plusieurs lambeaux de fausses membranes, dont une avait à peu près huit lignes de long, et une épaisseur, d'une demi-ligne, il formait un fragment vertical de cylindre et l'on voyait que le tube auquel il appartenait devait avoir quatre ou cinq lignes de diamètre. Un assez grand nombre de concrétions épaisses, courtes, et de forme fort irrégulière, furent encore rejetées au-dehors, et une demi-heure après l'opération, la respiration était aussi calme que dans le plus parfait état de santé. Nous explorâmes avec attention la poitrine, partout le son était normal, partout la respiration était pure. Avant d'introduire la canule, nous instillâmes dans la trachée, d'abord de l'eau, puis dix gouttes d'une solution de huit grains de nitrate d'argent dans deux gros d'eau distillée, puis encore de l'eau, et quand par ce moyen nous eûmes complétement débarrassé les bronches du sang et des concrétions pelliculaires qu'elles contenaient, nous plaçâmes une canule, et l'enfant fut remis dans son lit : il était alors six heures du soir.

La nuit se passe tranquillement et l'on instille six fois du nitrate d'argent à la dose de quatre à huit gouttes : toutes les heures on instillait huit ou dix gouttes d'eau, et à chaque instillation, on écouvillonnait la trachée et les bronches afin d'entraîner au-dehors les fausses membranes et le mucus qui pouvaient s'y trouver. On administra aussi douze grains de calomel.

Le lendemain 9, à six heures du matin, je trouvai mon petit malade en bon état ; la fièvre était assez vive ; les gencives commençaient à se gonfler, et la plaie était vermeille et un peu tuméfiée, la respiration fréquente, mais nullement embarrassée. Ce jour-là j'enlevai la canule, à six heures du matin, à deux heures de relevée et à neuf heures du soir ; et chaque fois j'injectai dans les canaux aériens de six à douze gouttes de solution caustique, après avoir préalablement nettoyé la trachée et les bronches à l'aide d'instillations d'eau et de manœuvres d'écouvillon. Vers minuit, trente heures après l'opération, la fièvre s'allume avec violence, la respiration s'embarrasse, et M. Pidoux, mon collaborateur et ami, qui avait bien voulu passer la nuit auprès du malade, craignit de le perdre, et répéta à plusieurs reprises les instillations de nitrate d'argent et les écouvillonnemens. A cinq heures du matin il y avait du mieux, et à six heures tous les accidens étaient calmés.

Le traitement fut le même que la veille ; mais la plaie s'était considérablement gonflée et la fièvre traumatique fut très-véhémente ; cependant la respiration resta parfaitement libre. Le 10 au soir, cinquante heures après l'opération, l'enfant cesse d'expectorer des fausses membranes ; et comme la fièvre quoique vive n'avait pourtant rien de menaçant, je commençai à concevoir des espérances qui, le lendemain matin, s'accrurent encore.

Le mardi, troisième jour, je fis encore trois instillations de nitrate d'argent, et une seule le lendemain : ce fut la dernière. Quant aux écouvillonnemens et aux instillations d'eau, ils furent faits toutes les fois que la canule sembla s'embarrasser ou que des râles un peu bruyans se firent entendre dans la trachée. Jusqu'au quatrième jour la canule fut ôtée, nettoyée et replacée trois fois par jour, et deux fois les jours suivans. Le cinquième jour nous substituâmes une canule plus courte et à ouverture dorsale, parce que la plaie s'était notablement dégonflée. Le septième jour, on entendit un peu d'air passer par le larynx dans les efforts de toux violens : ce jour-là, je portai à deux fois dans le larynx une éponge fixée à une forte baleine et imbibée d'une solution de nitrate d'argent. Le huitième jour, il passait beaucoup d'air par le larynx, au point que je pus boucher complètement la canule et que l'enfant put respirer ainsi, trois quarts d'heure le matin et deux heures et un quart le soir. Le neuvième, jour, la canule resta bouchée pendant sept heures ; enfin, le lundi matin, 24 mars, dès le milieu du neuvième jour, j'enlevai la canule, je fermai la plaie à l'aide d'un bandage unissant que je maintins avec une cravate, et la respiration devint aussi calme que dans l'état de santé.

La plaie se retrécit rapidement ; mais il resta une fistule aérienne qui ne fut oblitérée que le vingt-troisième jour.

La convalescence ne fut traversée par aucun accident ; il n'y eut pas le moindre symptôme d'inflammation parenchymateuse du poumon ; mais la cachexie mercurielle se fit sentir pendant plus de quinze jours, et l'enfant ne fut complètement rétabli qu'un mois après l'opération.

Je dois dire, et j'y attache la plus grande importance, que M. Thillaye et moi avons constamment alimenté notre malade, même alors que la fièvre était vive : dès le cinquième jour, nous avons permis du vin vieux, et ordonné un peu de vin de quinquina ; et nous croyons que par ce régime stimulant nous avons aidé notre malade à surmonter une affection terrible, et les chances d'une opération chirurgicale qui peut n'être pas sans quelques dangers. Les médecins qui ont vu cet enfant sont : MM. Thillaye, Blache, Pidoux, Mathieu, Joux, Jolly, Marmorat, Piégu, etc., etc.

Troisième observation.

Le dimanche 6 avril 1834, je fus réveillé à cinq heures

du matin par un cordonnier de la Petite-Villette (près Paris), nommé *Adam*. Ce pauvre homme m'était adressé par M. le docteur Ollinet. Il me racontait que depuis quinze jours, il avait déjà perdu deux enfans du croup, une fille de sept ans, et un jeune enfant à la mamelle; la veille on avait enterré le petit enfant, et comme on enlevait le cadavre, le dernier de la famille, âgé de trois ans, avait été pris de toux, et dans la nuit du samedi au dimanche, il s'était développé une série de symptômes qui ne permettaient pas au père de méconnaître l'affreuse maladie qui venait de remplir sa maison de deuil. Il venait me supplier de faire une opération, et il voulut que je prisse mes instrumens, parce que, disait-il, il savait trop bien qu'elle était l'impuissance des moyens ordinaires.

Je le suivis, et nous arrivâmes à six heures à la Petite-Villette. M. le docteur Corsin, médecin ordinaire de la famille, et M. le docteur Ollinet, appelé en consultation, s'étaient rendus chez notre malade en même temps que moi. Nous apprîmes de M. le docteur Corsin que, depuis trois mois, il régnait à Belleville, à la Villette et à la Petite-Villette une épidémie d'angine pharyngienne pelliculaire, qui d'abord sans gravité, tant qu'elle restait bornée au pharynx, envahissait promptement les voies aériennes et faisait alors périr tous les malades sans exception. Il nous dit que la sœur aînée du petit Adam et son petit frère avaient eu les amygdales couvertes de concrétions blanches avant d'être pris du croup, et nous pouvions constater en ce moment que les tonsilles de notre malade étaient encore recouvertes de fausses membranes.

La veille au matin l'enfant avait pris un vomitif qui avait amené un soulagement momentané; dans l'après-midi, deux sangsues appliquées au col avaient assez abondamment saigné. Nulle autre médication n'avait été tentée. Un vésicatoire qu'il portait au bras s'était recouvert depuis peu de jours de concrétions diphthéritiques épaisses.

Les symptômes du croup existaient au plus haut degré; mais, comme il restait de la vigueur, il était probable que la vie se prolongerait encore au moins six heures. Nous délibérions sur l'urgence de l'opération; mais le père, homme d'un grand sens et d'une énergie peu commune, me pressait lui-même. « Mes deux enfans sont morts, disait-il; six heures avant de mourir ils étaient aussi bien que celui-ci; si vous attendez, vous aurez perdu des chances. » Il avait raison, et certes je ne tiendrais pas moi-même un autre langage si mon fils unique avait le croup; je n'agirais pas non plus autrement que je ne fis..... Je pratiquai immédiatement la trachéotomie. J'ai dit que cet enfant était vigoureux; jamais je n'ai eu un semblable labeur; quoique quatre aides le continssent vigoureusement, il trouvait encore le moyen de tordre ses reins et de dérober son col de manière que mon bistouri surprenait en quelque sorte chaque incision. Je fus obligé de couper plusieurs veines thyroïdiennes qui donnèrent une hémorrhagie assez abondante; et cette fois encore il me fallut soigneusement éviter la veine sous-clavière et la veine jugulaire gauches qui faisaient une saillie considérable dans l'angle inférieur de la plaie, surtout pendant les efforts.

La trachée ouverte, il ne sortit pas de fausses membranes; nous en vîmes flotter une à la partie supérieure de la plaie, que nous enlevâmes avec une pince; mais nous apercevions la membrane muqueuse trachéale rose et libre de concrétions.

L'hémorrhagie cessa dès que l'air put passer librement, et la respiration devint aussi calme que dans la plus parfaite santé.

J'instillai de l'eau dans les bronches, puis ensuite quinze gouttes d'une solution de quatre grains de nitrate d'argent pour un gros d'eau, puis je plaçai la canule.

Pendant les trois premiers jours, on fit toutes les six heures une instillation de nitrate d'argent semblable à la première. Dans l'intervalle, on injectait de l'eau. On écouvillonnait la canule et les bronches aussi souvent que la respiration devenait un peu bruyante.

Le quatrième jour, il ne nous parut plus nécessaire d'instiller la solution de nitrate d'argent; de temps en temps seulement la mère nettoyait la canule qui s'embarrassait de mucus.

Le cinquième jour, je plaçai une canule à ouverture dorsale.

Le sixième jour, je tins la canule fermée avec un bouchon, pendant sept heures; et, comme la respiration ne s'était point embarrassée, j'enlevai la canule le septième jour au matin, et je fermai la plaie. L'enfant parla aussitôt avec facilité: ce même jour, il se leva.

Le neuvième jour, l'air ne passait plus que par le larynx, le petit malade sortait dans la campagne, et était revenu à la santé la plus entière. Cependant la plaie des tégumens ne fut complètement cicatrisée qu'un mois après l'opération.

Cet enfant ne fut pas tenu à la diète, et je regardai comme essentiel de n'y pas tenir ce malade. Deux heures après l'opération, il mangeait du pain et du miel. Il but toujours tant qu'il voulut du lait et du bouillon; quand il avait faim, on lui donnait un peu de pain et de confitures, du miel, du poisson, de la viande blanche. A partir du moment où l'opération eut été faite on ne fit pas de médication interne, et nos lecteurs remarqueront que je ne donnai pas de calomel, non plus qu'à l'enfant dont il va être question tout à l'heure. Les médecins qui ont vu ce petit malade sont: MM. Corsin, Ollinet, Miquel, Baudelocque, Marmorat, Campredon, etc., etc.

J'ai dit plus haut qu'une épidémie de diphthérite pharyngo-trachéale (angine maligne, croup) régnait depuis plusieurs mois à Belle-ville, à la Villette et à la Petite-Villette. Le jeune Halphen et une jeune fille que j'avais également trachéotomisée venaient de Belleville, et déjà neuf enfans étaient morts du croup depuis quelques mois dans les deux autres communes. L'épidémie suivait la marche que je lui avais toujours vu suivre, elle atteignait rapidement et en masse les enfans de la même famille; mais elle ne se rencontrait que de loin en loin dans les diverses parties des communes qu'elle avait envahies.

Quatrième observation.

Il y avait cinq semaines que j'avais opéré à la Petite-Villette le petit Adam, lorsque le dimanche matin, 11 mai 1834, M. le docteur Corsin me fit mander pour l'enfant d'un plâtrier de la même commune, nommé *Pierre Drodlinger*. C'était un petit garçon de 13 mois, encore à la mamelle. Il

toussait depuis quatre jours ; mais dans la nuit du samedi, il survint une grande oppression, la toux d'abord rauque s'éteignit complètement, et la voix se perdit. M. Corsin fut appelé, et trouvant le malade déjà dans un état désespéré, il se contenta de prescrire une potion stibiée et musquée, et il m'envoya chercher sur-le-champ. Les symptômes du croup étaient bien évidens, et les accès de suffocation étaient si graves et se rapprochaient tellement que je me mis en mesure de pratiquer la trachéotomie.

L'opération fut laborieuse et dura plus de dix minutes. Enfin j'ouvris la trachée, et à l'instant même, un large lambeau de fausse membrane jaillit au loin. Je nettoyai la trachée et les bronches, j'instillai huit ou dix gouttes d'une solution de nitrate d'argent (quatre grains pour un gros d'eau distillée), et je plaçai une canule. Le pauvre enfant respirait à son aise, il nous regardait avec épouvante, et cherchait sa mère qui s'était enfuie de la maison. Nous la fîmes rappeler, et quand elle arriva, le petit lui tendit les bras avec joie, se mit aussitôt à défaire la robe et le fichu qui recouvraient le sein, et téta avec avidité. Pendant trois jours la canule fut changée soir et matin, et nous instillâmes de six en six heures du nitrate d'argent ; le quatrième jour on en injecta pour la dernière fois. Toutes les heures on jetait dans la trachée quelques gouttes d'eau et l'on écouvillonnait la canule. — On instilla de l'eau pendant dix jours. — L'enfant rendit des concrétions pelliculaires pendant quatre jours ; mais, le deuxième jour surtout, il en expectora une qui avait une épaisseur considérable.

La fièvre qui s'était allumée quelques heures après l'opération, tomba le troisième jour. — Le septième jour, l'introduction d'une nouvelle canule irrita la plaie, fit gonfler le col, et excita de nouveau une fièvre vive. Ces accidens étaient calmés le neuvième jour. — Le dixième l'air passait en grande partie par le larynx ; le onzième la canule fut enlevée, et je fermai la plaie. — Le surlendemain l'air ne passait plus que par le larynx. Les médecins qui ont vu cet enfant sont : MM. Corsin, Ollinet, Baudelocque, Aussandon fils, Marmorat, Campredon.

A. Trousseau.

(*La suite au numero prochain.*)

Recherches sur les épidémies des petites localités.

(3e article.)

DOTHINENTERIE.

Quatre journaliers travaillaient vers la fin de l'épidémie, chez la veuve Perchet ; tous trois furent malades, un seul succomba.

Les deux premiers demeuraient à une lieue de la Drouauderie, le troisième nommé Michel Degaye, âgé de quarante-deux ans, habitait la Baraterie, ferme placée sur un point élevé, à un quart de lieue du hameau.

Il communiqua sa maladie à sa femme, âgée de quarante un ans, et à trois enfans de quatre, sept et huit ans, qui n'avaient eu aucunes relations avec les malades du hameau.

Ils furent traités par mon confrère le docteur Cullier, de Château-du-Loir ; tous cinq se sont rétablis.

Des habitations plus rapprochées du lieu infecté n'ont ressenti aucune atteinte de l'épidémie.

Les habitans des campagnes savent très-bien reconnaître qu'une maladie leur est importée, et leur langage expressif donne souvent à l'affection régnante le nom de l'endroit où elle a d'abord exercé ses ravages. Ainsi à la Drouauderie l'on avait la maladie de Coëmont ; à Coëmont où, comme nous le verrons bientôt, le mal avait été porté, l'on avait la maladie de Montabon.

Il est impossible en effet de ne pas admettre que la maladie émigre avec le malade, lorsqu'après cette émigration, les individus sont frappés en raison directe de leurs communications.

Lorsque l'épidémie est arrivée à un certain degré, les rapports indirects ont à leur tour une influence nuisible. C'est ainsi que la femme Fortier est victime de ses rapports fréquens avec les garde-malades.

Le contact immédiat ajoute aux chances de la contagion, mais il n'est pas une condition *sine quà non*.

La contagion par voie indirecte est fréquente dans certaines maladies ; pour la fièvre typhoïde on ne l'observe en général que lorsque le nombre des malades constitue déjà l'état épidémique.

Ce mode de propagation est un des plus rares sans doute ; mais lorsqu'un individu y succombe, l'on peut voir avec quelle constance la contagion immédiate reprend ses droits.

La femme Fortier, malade après des relations indirectes, est soignée par sa fille aînée et son mari ; tous deux lui succèdent ; ce dernier a pour garde sa sœur, qui ne résiste pas long-temps à de telles fonctions.

Degave pénètre dans la chambre d'une malade, il contracte la dothinentérie, et plus tard sa femme et ses enfans sont atteints après des soins directs qu'ils lui ont donnés.

L'on ne verrait pas cette régularité de succession si le mal était dû à un principe contenu dans l'air ou à l'hygiène de la localité.

Souvent dans les bourgs, le mal franchit plusieurs maisons qu'il respecte et se porte à une habitation éloignée. Il se trouve alors que ce sont des parens qui habitant les deux extrémités de l'endroit, se sont fait des visites obligeantes ; c'est que la dothinentérie ne se transmet pas par voisinage de maisons, mais par voisinage de relations ; c'est que, suivant l'expression judicieuse des gens simples de la campagne, ce n'est pas l'air du pays, mais l'air des malades qui est malsain.

Toutefois prenons les faits pour ce qu'ils valent, et ne nous faisons pas un si grand monstre de la contagion.

Nous avons vu précédemment la même malade infecter successivement deux endroits où elle avait été reçue, la Bomboirie et l'hospice de Château-du-Loir, un second malade parti de la même ferme occasioner dans sa famille des résultats encore plus meurtriers.

A la Drouauderie, malgré la sévérité de l'épidémie et le nombre d'émigrans, trois journaliers, deux domestiques

et Françoise Bardet, en tout six individus traités loin du foyer empoisonneur, un seul communiqua la dothinentérie à sa famille.

La contagion n'est donc pas infaillible, malgré le caractère de transmissibilité d'une maladie; sa propagation n'est pas perpétuelle, indéfinie. Souvent elle s'arrête en vertu de circonstances appréciables, mais souvent aussi sans qu'on puisse expliquer son respect pour des êtres imprudens et privilégiés.

Ces exceptions, ces immunités ne sont point particulières à une maladie, elles se trouvent dans toutes les épidémies et même dans les affections éminemment contagieuses.

Nous avons dit que sur dix-neuf habitans du hameau dix-huit furent atteints de la fièvre typhoïde.

La première malade était arrivée le 8 mai, l'épidémie cessa dans le mois d'octobre, elle eut cinq mois de durée. Si l'on se rappelle que les troisième et quatrième malades contractèrent simultanément auprès de la même dothinentérique, et que leurs deux familles furent à la fois affligées, l'on se fera une idée de la lenteur avec laquelle la dothinentérie se transmet, et déjà l'on a pu remarquer que le premier malade a généralement franchi plus de deux septenaires, lorsque le mal s'annonce chez un second sujet.

Le Petit-Gênes est un hameau de quatre maisons, à deux lieues sud-est de Château-du-Loir, sur les limites des départemens de la Sarthe et d'Indre-et-Loire, à peu de distance de la route royale de Tours à Caen.

Au milieu d'une vaste plaine, ce hameau est exposé à tous les vents, il n'est protégé par aucun bois, par aucun accident de terrain. L'on ne rencontre dans son voisinage ni ruisseau, ni rivière, ni fontaine. Les habitans se servent d'eau de puits. Une vaste mare d'eau stagnante, creusée à dessin, entretenue par les eaux de pluie, sert à désaltérer les bestiaux. Le chemin de Villebourg traverse les habitations auprès desquelles se trouvent d'un côté des fumiers, comme cela se voit dans toutes les fermes, et de l'autre des jardins ou vergrés.

Au mois de septembre 1826, je fus mandé dans cet endroit pour Juniet fils, âgé de quinze ans, aux prises depuis trois semaines avec une dothinentérie, dont je ne pus découvrir la cause occasionelle.

Le malade était sans connaissance, dans un assoupissement continuel la langue était brune, contractée; les dents fuligineuses; la respiration bruyante, un peu râleuse, le ventre balloné; les matières fécales jaunes, liquides, et les urines étaient rendues involontairement.

Le pouls fréquent, faible, disparaissait sous la pression des doigts. Ce jeune homme se rétablit au bout de trois mois.

Il avait été soigné par son père et sa mère, une jeune domestique de dix-huit ans, qui fut mourir de la dothinentérie chez ses parens, et des voisins nommés Rochetau.

Ces derniers au nombre de sept furent successivement pris de la maladie de Juniet, et sur quinze individus domiciliés dans le hameau, douze payèrent le tribut à l'affection régnante.

Ils se rétablirent tous sous l'influence des boissons mucilagineuses, des applications de quelques sangsues, des lavemens et des dérivatifs. M. Labbé, médecin à Saint-Christophe, les visita fréquemment.

Des trois individus préservés, il en est un sur lequel je n'ai pu avoir de renseignemens positifs.

Les deux autres étaient James père et sa femme.

En 1824, c'est-à-dire deux ans avant l'épidémie, j'avais fait plusieurs visites à cette dernière, prise alors d'une dothinentérie isolée, et vingt ans auparavant, son mari avait été atteint d'une maladie longue et sérieuse désignée par le médecin sous le nom de fièvre putride-maligne.

Voilà donc une des circonstances dont il faut tenir compte lorsqu'on étudie la marche de la contagion, savoir si les réfractaires n'ont pas déjà été atteints de la maladie contagieuse; et nous pouvons, en revenant sur nos pas, constater plusieurs immunités semblables.

Trois journaliers contractent la fièvre typhoïde, à la Chevalerie; deux la transmettent à leur famille; le troisième succombe soigné par sa femme seule, qui ne la contracte pas. Elle l'avait eue précédemment.

Trois individus seulement échappèrent à l'épidémie du Petit-Gênes; deux étaient dans la même condition que la femme du journalier.

Madeleine Levilain est prise à la Dromanderie, deux mois après l'épidémie; elle revient à Luceau chez sa mère qui l'assiste impunément pendant cinquante jours. Celle-ci avait eu autrefois la dothinentérie.

Cependant nous citerons des individus qui ont été deux fois attaqués de la fièvre typhoïde : ce sont des exceptions à la règle très-générale d'inaptitude acquise par une première atteinte.

L'épidémie du Petit-Gênes fut portée à une lieue plus loin dans une habitation dite la Brosse, commune de Büeil, par une femme nommée Dupin. Celle-ci était allée au Petit-Gênes, veiller sa fille Rocheteau. Quelques jours après son retour à la Brosse, vers la fin de novembre 1826, elle fut obligée de s'aliter.

Je lui ai fait une visite pendant qu'elle était au troisième septenaire de sa dothinentérie à laquelle elle succomba. C'était alors la seule malade de l'endroit. J'ai su depuis par M. Brette, médecin le plus rapproché, qu'il y eut successivement dans la famille Dupin et chez les voisins, onze malades, parmi lesquels neuf femmes. Quatre succombèrent.

L'épidémie dura six mois, la succession fut très-régulière de la malade à la garde-malade, et la distance varia de trois semaines à un mois entre le premier et le second malade de chaque maison

Déjà nous devons reconnaître que cet intervalle est assez constant, l'époque à laquelle les malades se succèdent après le second septenaire est variable, mais il est rare que la transmission s'opère avant le seizième jour. Ce n'est en quelque sorte qu'à partir du troisième septenaire jusqu'à une époque indéterminée, dans laquelle il faut comprendre la convalescence que la dothinentérie est susceptible de se transmettre.

Il importe pour l'hygiène des administrations publiques, des établissemens civils et militaires de tenir compte de cette circonstance.

Dans les régimens, les colléges, les pensions, les convalescens de dothinentérie devront être réunis, pendant plusieurs semaines, dans une infirmerie isolée et particulière.

2e *Épidémie au Petit-Gênes.*

Au mois de mars 1829, la dothinentérie reparut au Petit-Gênes. Une nombreuse famille qui s'y était fixée fut seule atteinte.

La maladie commença par la femme Ragot, âgée de trente-huit ans, et successivement s'étendit à ses quatre enfans, âgés de 16, 14, 11, et 9 ans. Ils eurent tous de quarante à cinquante jours de fièvre, et tous se rétablirent. Tous les jours ils recevaient de fréquentes visites et toutes les nuits ils étaient veillés par leurs voisins, qui, en 1826, avaient été affligés de la dothinentérie : aucun ne la contracta.

Avant d'être malade, la femme Ragot avait passé quelque temps dans l'habitation de la Gadrillère, commune de Saint-Christophe, à une lieue du Petit-Gênes. Là, elle avait donné des soins à son frère Bourgoin, à sa femme et à sept enfans, dont un à la mamelle, successivement pris de la fièvre typhoïde. La femme Bourgoin était morte le vingt-quatrième jour.

Cette seconde épidémie du Petit-Gênes présente plusieurs circonstances remarquables. Une nouvelle famille vient s'y fixer, et, trois ans après l'époque où tous les habitans avaient payé tribut à la dothinentérie, les membres de cette famille sont à leur tour aux prises avec cette redoutable affection.

Le médecin qui ne verrait dans l'épidémie de 1829 que la répétition de celle de 1826, ne manquerait pas d'attribuer aux fièvres typhoïdes du Petit-Gênes un caractère endémique.

Mais des informations plus complètes démontrent que la maladie fut contractée à la Gadrillère par la femme Ragot, puis importée dans une famille du hameau, et si le mal n'a pas dépassé le seuil d'une maison, c'est que probablement l'immunité était acquise par une attaque précédente aux familles voisines.

Épidémies de Coëmont.

Coëmont, dont le vrai nom est Courd'hamon, hameau dont la population est de trois cent cinquante habitans, a usurpé le titre de bourg de Coëmont.

« Situé à un kilomètre et demi sud-est de la ville de Châ-
« teau-du-Loir, il commence au penchant d'un coteau et se
« termine aux bords du Loir; l'ancienne route de Caen à
« Tours le traverse du nord au sud.

« Il dépend de la commune de Vouvray dont le bourg
« est éloigné de deux kilomètres au nord-est. » (Pesche, *Dictionnaire historique de la Sarthe.*)

Coëmont peut être divisé en partie haute et basse, celle-ci est fort sujette aux inondations du Loir.

Le débordement avait été considérable en 1820, l'eau avait pénétré dans plusieurs maisons, et quelque temps après la dothinentérie sévissait d'une manière épidémique et la rue Basse fournissait un grand nombre de malades.

L'épidémie, d'après l'opinion répandue, était l'effet de l'inondation. Toutefois, des informations exactes m'ont donné la certitude que celle-là n'a point été la conséquence de celle-ci. En effet, deux familles dont les habitations, placées au revers du coteau, dominent le vallon du Loir, étaient malades avant le débordement de la rivière.

Hérisson, vigneron, âgé de quarante-cinq ans, fut le premier dothinentérique, il n'avait, assure-t-il, communiqué avec aucun malade, et d'ailleurs aucune maladie n'était répandue aux environs.

Les membres de sa famille, pris successivement, reçurent des secours de voisins, nommés Trosseau, qui à leur tour devinrent malades.

Pendant trois mois la dothinentérie affligea ces deux maisons sans que l'attention fût éveillée.

L'inondation survint, et plus tard la jeune Péan, âgée de seize ans, travaillant en journée dans le voisinage des malades, n'ayant de relations qu'avec leurs gardes, fut la première dothinentérique du bas-quartier.

La maison Péan est dans un lieu que l'inondation n'atteint jamais : cette maison fut le point de départ de la dothinentérie, qui de la jeune Péan passa à son frère, âgé de dix-huit ans, sa sœur de douze, le père et la mère de trente-huit et quarante ans; puis à des parens, à des voisins plus rapprochés du Loir et qui leur avaient fait de fréquentes et obligeantes visites.

Il y eut en quelques mois trente-quatre malades, dont six moururent.

2e *Épidémie de Coëmont.*

Une seconde épidémie se déclara à Coëmont, en 1828. Elle commença au mois de février et se termina au mois de mai suivant.

Aucun des dothinentériques de 1820 ne fut repris, malgré des soins que plusieurs rendirent aux familles affectées.

Cette fois, j'ai pu constater l'importation de la maladie.

La première malade nommée Bourgoin, domestique, âgée de vingt-sept ans, habitant une maison très-saine à l'angle formé par l'ancienne et la nouvelle route royale, était allée passer quelques jours à une lieue de Coëmont, dans l'habitation de la Mercerie, où sa sœur et sa mère étaient malades de la fièvre typhoïde.

La fille l'avait eue d'abord, puis la mère après plusieurs semaines de rapports intimes; c'est alors que son autre fille de Coëmont leur porta secours. Revenue chez ses maîtres, cette dernière ne tarda pas à présenter les graves symptômes d'une dothinentérie qui l'enleva au trente-cinquième jour.

Les enfans du hameau se réunissaient à l'école dans la maison de la malade. Une élève de douze ans fut prise, et rentrée chez ses parens qui demeuraient auprès du Loir, elle communiqua sa maladie à deux frères plus jeunes qu'elle. Le père nommé Papin, pêcheur, âgé de trente-six ans, grand, robuste, n'habita pas impunément la même chambre que ses enfans; pris plus tard que les deux derniers, il succomba le trentième jour.

Le mal atteignit ensuite des amis et visiteurs de cette famille; il y eut enfin dix-huit malades et six morts. Parmi les derniers dothinentériques, se trouvait la domestique de la mère du pêcheur Papin, la fille Lemeunier qui, comme nous l'avons dit, importa cette fièvre typhoïde à la Bronaudrie.

Vers la fin de l'épidémie, deux femmes de Vouvray, les nommées Moulinet et Joséphine Alteau (*Observation* 1re), qui étaient venues plusieurs fois à Coëmont et avaient communiqué avec les garde-malades, furent les seules dothinentériques en dehors du foyer de l'épidémie.

Une filature de coton sur le Loir même, à peu de distance des malades, réunissait alors une quarantaine d'ouvriers. La plupart partaient le matin de la ville de Château-du-Loir, où ils rentraient tous les soirs. L'épidémie respecta cette petite population, étrangère en quelque sorte à celle de Coëmont.

Si le premier malade de l'épidémie de 1820, n'a pas contracté la dothinentérie, si chez ce vigneron, l'affection a été spontanée, évidemment au moins, elle s'est propagée dans sa famille à la manière ordinaire des maladies contagieuses.

Postérieure au fléau, l'inondation n'a pu en être la cause déterminante, et vu la situation de la maison Péan, l'on ne peut attribuer au débordement du Loir aucune influence sur la propagation de la dothinentérie.

L'importation par la fille Bourgoin, doit être logiquement considérée comme la cause de la seconde épidémie. La réapparition d'une même fièvre épidémique à Coëmont, de même qu'au Petit-Gênes, ne décèle aucune qualité endémique.

Aussi depuis 1828, de nouveaux ménages se sont établis à Coëmont, des inondations très-fortes ont eu lieu, notamment en 1833, et aucun habitant n'a été attaqué de la dothinentérie.

Cette seconde épidémie peut confirmer encore l'opinion émise par M. Bretonneau, que l'immunité est acquise par une première attaque de la fièvre typhoïde.

Épidémie de Vaas.

Vaas est une petite ville à deux lieues de Château-du-Loir, traversée de l'est à l'ouest par la route de la Flèche.

Les maisons y sont bien bâties en pierres du pays; elles sont assez vastes.

Le Loir et une très-petite rivière qui s'y réunit, bornent la ville; le premier au midi, la seconde au nord; leur parallélisme cesse à l'extrémité de la ville.

Le sol est assez élevé pour être à l'abri des inondations, et presque toutes les maisons sont séparées de l'eau par des jardins plus ou moins vastes.

Comme dans toutes les villes, les habitans forment différentes classes, depuis le propriétaire qui vit de ses revenus jusqu'à l'ouvrier gagnant par son travail le pain de sa journée.

Une épidémie de dothinentérie s'y montra en 1832, et frappa sans distinction et à peu près également toute la population, pauvre, aisée ou moyenne.

Sa marche a été tellement lente, les malades se sont succédé à de si longs intervalles, ils ont été en si petit nombre à la fois que, dans le lieu même, personne n'était effrayé, et l'on se doutait à peine qu'il y eût une épidémie.

Cependant plus de quarante individus furent atteints, et six succombèrent.

La dothinentérie avait paru dans le mois de mars 1832, et, le 8 janvier 1833, je me suis trouvé en consultation avec M. Lepingleux, médecin de l'endroit, pour mademoiselle Goisseau, fille du notaire, affectée de la maladie qui n'avait pas discontinué de régner dans la ville ou les environs.

Plusieurs mois avant cette époque, j'avais vu avec le même médecin une demoiselle Germain, arrivée à la période la plus grave de la fièvre typhoïde; elle succomba peu de jours après; sa sœur, sa mère, un jeune frère furent successivement pris et se rétablirent.

Les recherches un peu tardives que j'ai faites dans l'endroit même, et les renseignemens qui m'ont été communiqués par le médecin, n'ont pu me procurer la découverte du premier malade.

L'on croit que la dothinentérie s'est montrée d'abord chez M. Serpin, dans la maison duquel étaient réunis une quinzaine de jeunes gens en pension bourgeoise.

Le premier malade de cette maison fut à coup sûr le nommé Refour, âgé de seize ans, résidant à Vaas, depuis trois mois, sa maladie était bien caractérisée lorsqu'il se retira dans sa famille.

Son compagnon de lit nommé Béphé, ne fut pas malade.

Si je n'ai pu retrouver la trace des premiers dothinentériques de manière à établir des numéros d'ordre, j'ai du moins acquis la preuve que là, comme partout ailleurs, la dothinentérie se propageait dans les familles, du premier malade de chaque maison aux parens qui le soignaient.

Nous avons déjà cité la famille Germain, nous pouvons indiquer les autres.

Legeay, un des premiers malades, communiqua la fièvre typhoïde à sa sœur.

La femme Hureau est prise, puis son fils.

Une fille Mitterean reçoit des soins de son frère, âgé de vingt-six ans, qui est malade à son tour.

Une femme Calais meurt au vingt-unième jour; sa fille, âgée de treize ans, atteinte un mois plus tard ne se rétablit qu'après plusieurs semaines de danger.

Un jeune Trouillard transmet la maladie à sa mère, et une demoiselle Beldent à sa sœur.

La dothinentérie reparut dans la maison Serpin. La dame tient un bureau de tabac et reçevait fréquemment les visites des convalescens. Elle fut prise au commencement d'août 1832, et fut alitée pendant sept semaines.

Un de ses pensionnaires nommé Poisson, âgé de vingt-quatre ans, lui rendit quelques visites, et eut les premiers symptômes typhoïdes, lorsque son hôtesse arrivait au troisième septenaire.

Poisson ne quitta sa pension qu'après quinze jours de maladie, et jusque là ne cessa pas de partager le lit de Desnault, âgé de dix-huit ans. Dans la même chambre, couchaient trois autres jeunes apprentis. Desnault seul contracta la dothinentérie.

Enfin la domestique de madame Serpin, Jeanne Chevardin, âgée de vingt-neuf ans, ne résista pas aux soins qu'elle avait donnés à sa maitresse. Elle couchait habituellement avec Justine Dupin, âgée de onze ans; leur séparation eut lieu lorsque la domestique était déjà dans un état grave: Justine Serpin fut la dernière malade de la maison.

Douze jeunes gens de cette même pension n'éprouvèrent aucun dérangement de santé.

La maladie de Vaas fut portée à quelques habitations isolées des environs, et, dans ces localités circonscrites, la contagion se révéla avec toute sa simplicité et tous ses degrés de certitude.

Refour, que nous avons cité comme le premier malade de la maison Serpin et peut-être de la ville, demeurait à deux lieues, dans la commune de la Chapelle, à la Cave Giroux, où il arriva après plusieurs jours de maladie.

Le médecin de Vaas continua à le visiter, et eut successivement à traiter dans la maison, la mère, âgée de trente-huit ans; le père, de quarante-deux ans; un autre enfant de quatorze ans, et enfin la grand'mère, de soixante-douze ans, qui seule succomba.

La Cave Giroux est une maison isolée, très-saine, tenue proprement.

La famille Refour est dans l'aisance, et les malades occupaient plusieurs appartemens.

Le second pensionnaire de madame Serpin, qui retourna aussi malade dans sa famille, ne communiqua pas sa dothinentérie.

Cette épidémie ressemble à toutes celles qu'on observe dans les grandes villes; souvent l'attention des médecins et de l'autorité n'est éveillée que lorsque le mal a fait un certain nombre de victimes.

Il est trop tard alors pour constater d'une manière positive les circonstances qui ont précédé l'invasion de l'épidémie.

Dans les lieux où la population est agglomérée, où les communications se succèdent nombreuses et continuelles, il est impossible de distinguer les indifférentes de celles qui ont été réellement nuisibles.

Le médecin spectateur d'une épidémie, s'il veut ne la considérer que dans son ensemble, sans daigner s'abaisser aux détails, n'arrivera jamais qu'à des résultats vagues et incertains.

Dans les villes comme dans les campagnes, il faut se résigner à des recherches minutieuses, si l'on veut admettre ou rejeter la contagion.

Le premier malade d'un quartier, d'une rue, d'une maison, d'une ferme ne porte pas écrit sur son front *mal contagieux*. Souvent la contagion existe sans qu'on puisse en obtenir la preuve, même en cherchant bien, à plus forte raison quand on cherche mal, et à plus forte raison encore quand on ne cherche pas.

Dans les grandes villes, la question sera toujours indécise parce qu'on ne peut apprécier la valeur de relations multipliées. Le même médecin, ne voit pas tous les malades d'un même quartier, d'une même maison. Les observations de chacun, se bornent à une même famille. Dans ce cas, malgré la différence d'habitudes, d'aisance, de propreté chez les habitans des villes, comme chez les paysans, un premier dothinentérique étant donné, la maladie se transmet souvent aux parens qui l'entourent.

En 1826, six élèves partent de l'école de la Flèche où la dothinentérie était épidémique et en sont atteints quelques jours après leur arrivée à Versailles.

Plusieurs furent traités par M. Borie qui transmit à M. Renon chirurgien de l'école, les renseignemens suivans :

« J'ai traité six de vos élèves atteints de la gastro-entérite, avec état adynamique bien prononcé. Cette maladie « ne régnait pas alors à Versailles. Parmi les personnes qui « soignaient les élèves, et celles mêmes qui ne faisaient que « les visiter, plusieurs furent prises de cette maladie et la « communiquèrent.

« Un des élèves la transmit à sa sœur, celle-ci à sa femme-« de-chambre et cette dernière à une amie qui venait la « visiter. »

Modes de contagion de la dothinentérie.

L'on regarde comme contagieuse toute affection qu'un individu malade peut transmettre à un individu sain, lorsque cette transmission s'opère sans virus et sans que le contact immédiat soit indispensable; on l'attribue à un principe émané du corps malade et désigné sous le nom de miasme. Nous n'avons pas, nous praticiens, à disserter sur l'existence des miasmes : les plus subtiles analyses de la chimie n'ont rien appris de positif sur cette question que nous abandonnons pour des faits pratiques.

« La matière contagieuse ne peut se reconnaître que par « ses effets, comme l'électricité, le calorique, l'attrac-« tion, parce qu'elle ne tombe pas plus sous nos sens, que « ces causes physiques, dont il est cependant impossible « de ne pas admettre l'existence, quoique leur nature nous « soit inconnue. » (Rostan, *Diagnostic spécial et différentiel des typhus;* Clinique, tom. II.)

Quel que soit le principe contagieux de la dothinentérie, il nous est démontré que cette maladie se transmet

1° Directement	Par contact immédiat.
et	et
2° Indirectement.	Par contact médiat.

De là, quatre modes de contagion, 1° directe immédiate, des malades aux gardes-malades : c'est la plus ordinaire.

2° Directe médiate, du malade à ceux qui le visitent ou l'approchent sans le toucher.

3° Indirecte immédiate, elle a lieu sous l'influence d'un contact immédiat avec les effets qu'ont portés les malades.

4° Indirecte médiate; par celle-ci la maladie se propage hors du foyer des malades, à des individus qui n'ont eu de rapport qu'avec des tiers, visiteurs ou gardes des malades, mais restés sains eux-mêmes.

1° *Contagion directe immédiate.*

Un dothinentérique étant donné, la personne qui lui a prodigué les soins les plus assidus a souvent été atteinte de la dothinentérie, et successivement des familles entières en ont été affligées. L'on en trouve la preuve dans les faits que je viens d'exposer : des observations semblables ne sont pas rares dans les différens auteurs.

« Anno 1775, mense junio, mulier, ejusdem duo filii, « et filiæ duæ ægrotârunt.

« Prima decubuit junior filia 18 annos nata, paulò post « soror, deindè fratres duo, postremò mater, morbum al-

« ter ab altero acceperunt. » (Strak, *Observationes de morbo cum petéchiis.*)

La description que Strak donne de la fièvre pétéchiale, ne laisse aucun doute sur son identité avec la dothinentérie.

Plus loin, le même auteur indique d'une manière plus positive l'intervalle qui existe ordinairement entre le premier et le second malade.

« Pauperis scilicet alicujus coloni uxor castellis, cùm vix « peperisset, petechiarum morbum ab ægris militibus per « contagium acceperat; erectâ mulicre, morbus in maritum « transiit. »

Plusieurs médecins distinguent la dothinentérie du typhus; ils accordent à l'un la qualité contagieuse qu'ils refusent à l'autre; et lorsqu'on démontre la propagation de la dothinentérie par contagion, ils veulent que cette prétendue dothinentérie soit le typhus. Nous croyons avec MM Chomel, Louis, Bretonneau, etc., que ces deux maladies n'en font qu'une. Le typhus est une dothinentérie armée de ses symptômes les plus redoutables, mais ce n'est point la gravité des symptômes qui rend la maladie transmissible, souvent une dothinentérie bénigne en occasione une grave et réciproquement.

Bien plus, il est des épidémies où presque tous les malades sont pris d'une manière peu alarmante, où le plus grand nombre se rétablit sous l'influence d'une médecine expectante et dans lesquelles cependant abondent les preuves de la contagion.

L'épidémie du Petit-Gênes, en 1826, a présenté ces différentes circonstances.

Un premier malade l'est gravement, sa domestique meurt; mais des voisins qui ont contracté en même temps que cette fille et auprès du même malade, sont atteints à un faible degré : tous, au nombre de dix, se rétablissent. Puis la femme Dupin qui a pris chez ces derniers la dothinentérie, devient à Breuil le foyer d'une épidémie plus meurtrière et pendant laquelle sur onze malades quatre femmes périssent.

Mon père, le docteur André Gendron, a observé dans le Vendômois, un grand nombre d'épidémies de fièvres typhoïdes, depuis 1806 jusqu'en 1814.

Ses manuscrits contiennent des notes curieuses et des réflexions pratiques d'un grand intérêt. Je copie textuellement.

« Le bruit a couru dans notre ville que l'épidémie des « fièvres putrides malignes avait été apportée en 1810, par « des prisonniers espagnols, dont plusieurs détachemens « passèrent successivement à Vendôme. Les premiers nous « avaient offert l'inflammation de la muqueuse gastrique, « avec cette apparence de symptômes adynamiques, notée « par Broussais. » (*Phlegmasies chroniques.*)

« Quelques-uns de ceux qui vinrent ensuite furent affectés de fièvres putrides malignes.

« Il en était mort un grand nombre depuis leur départ « de Bayonne; plus d'un tiers de ceux qui entrèrent à « notre hôpital y moururent peu de jours après y avoir été « reçus.

« Ce qui contribua à faire regarder cette maladie comme « contagieuse, c'est que plusieurs des pompiers employés « à les garder ou à les conduire furent frappés de la maladie; qu'elle se manifesta chez eux avec des symptômes « très-graves, et que quatre d'entre eux succombèrent.

» Ni les sœurs, ni les infirmiers qui soignèrent les malades de l'hospice n'en furent affectés. Quelques ouvertures de cadavres faites à la hâte, offrirent la membrane « muqueuse intestinale gonflée dans presque toute son « étendue, rouge dans beaucoup de points, ulcérée dans « d'autres.

« Les ulcères à bords inégaux, frangés, ne paraissaient « pas s'étendre au-delà de la muqueuse. Les glandes du « mésentère étaient généralement gonflées et pâles.

« Le péritoine a paru quelquefois injecté et légèrement phlogosé, mais souvent la muqueuse seule était « affectée.

» Il fallait la plus grande sévérité dans les traitemens; « les saignées générales ou locales peuvent être utiles au « début; nous n'accordions aux malades que des boissons « mucilagineuses, des crèmes de riz ou de pain : nous « prescrivions des fomentations et des lavemens émolliens. « Il fallait se borner à ces simples moyens; les astringens, « les toniques augmentaient les coliques, les douleurs, la « tension du ventre. »

Plus de deux ans avant cette époque, vers la fin de décembre 1807, plusieurs militaires arrivant de Pologne, avaient été admis à l'hôpital de Vendôme pour y être traités de fièvres adynamiques.

« Nous prescrivîmes (extrait des mêmes manuscrits) un « vomitif à deux des premiers entrés à l'hospice : ce remède « produisit un fort mauvais effet.

« Les forces s'abattirent, il survint du délire et au bout de « quelques jours, la fièvre présenta des symptômes adynamiques très-prononcés.

« Dans le courant de janvier 1808, cette maladie commença à devenir commune dans les campagnes, surtout « dans le canton de Saint-Amand, situé sur la grande route « de Vendôme à Château-Renaud, route fréquentée par les « militaires.

« L'épidémie s'étendit à plusieurs bourgs et hameaux de « ce canton, notamment à Prunai, où elle fut importée par « un nommé Rolland.

« Celui-ci venait de la ferme de la Jaria où plusieurs individus étaient morts. Arrivé à Prunai il tomba malade et « mourut quelques jours après.

« Dans la même semaine, plusieurs individus qui avaient « assisté Rolland, tombèrent malades, en autres le sacriste « qui succomba.

« On peut alléguer en faveur de la contagion les faits suivans : Il y a des maisons où l'on a vu quatre à cinq personnes être attaquées après avoir soigné les premiers malades et mourir successivement; il y a eu des communes « où il est mort jusqu'à cinq sacristes les uns après les autres : on sait qu'ils accompagnent les ministres du culte, « dans l'administration des sacremens.

« D'un autre côté, dans d'autres maisons, un seul individu a été affecté et n'a point communiqué sa maladie à « ceux qui le gouvernaient et couchaient dans sa chambre.

« Les desservans, les médecins et les chirurgiens n'ont « pas été malades. »

Jusqu'à présent, je me suis contenté d'indiquer les faits

de contagion. Observons en passant qu'elle n'est pas infaillible, infinie, qu'un grand nombre d'individus s'y exposent impunément.

Il faut l'admettre ainsi, puisque c'est ainsi qu'elle existe. Le malade étant toujours le point de départ de mes investigations, chaque fois que j'ai été appelé pour un dothinentérique, j'ai cherché à connaître les circonstances préalables. J'aurais voulu savoir pourquoi, à danger égal, tel sujet est atteint et tel autre est exempt ; parfois j'ai obtenu une solution satisfaisante et souvent non. Si tous les sujets exposés ne deviennent pas malades, en revanche presque tous les sujets malades s'étaient exposés.

Dans le très-grand nombre d'épidémies que j'ai étudiées, à l'intérieur d'une famille, d'un hameau ou d'un bourg, l'importation par arrivée d'un premier malade a été constatée, ainsi que la succession de la dothinentérie en raison directe de la fréquence des relations.

Lorsque, chez le premier malade, la dothinentérite ne pouvait être attribuée à des rapports suspects précédens, la propagation s'est opérée dans l'ordre qu'elle observe lorsqu'elle est la conséquence d'une importation.

De sorte qu'on peut affirmer qu'un contact immédiat répété est la cause la plus commune de la propagation des fièvres typhoïdes de nos campagnes.

2° *Contagion directe médiate.*

La contagion sans contact immédiat est moins fréquente, nous pouvons cependant en citer plusieurs exemples.

Madame Contereau mère n'avait fait qu'une seule visite au domestique de son fils lorsqu'elle fut en même temps que la sœur du malade atteinte de la dothinentérie.

Les trois journaliers de la Chevalerie et les quatre employés chez la veuve Perchet à la Drouauderie ne portaient aucun secours aux malades, mais se réunissaient dans leurs chambres à l'heure des repas.

Les trois premiers contractèrent la maladie ; deux l'emportèrent dans leur famille. Des quatre derniers, trois furent atteints, un seul la communiqua.

Le 13 août 1828, Chesnay, âgé de 22 ans, fait une visite à un dothinentérique de la commune de Saint-Pierre de Chevillé, treize jours après, il ressent les symptômes de la maladie et n'entre en convalescence qu'au bout de cinq semaines.

Une de ses voisines, jeune femme de 22 ans, enceinte de quatre mois, lui fait une courte visite, vers la fin de septembre : quelques jours après elle tombe malade ; les symptômes de la dothinentérie furent douteux dans les deux premiers septenaires, mais ils se prononcèrent sensiblement dans les suivans. La malade fut plus de deux mois avant d'arriver à un état de santé satisfaisant.

A Château-du-Loir, madame Gasselin est prise de fièvre typhoïde dans les premiers jours du mois de mai 1833, et dans toute la ville il n'y avait aucun autre dothinentérique.

Elle reçoit les soins de sa mère, femme âgée, ayant payé autrefois le tribut à la maladie, et d'une domestique dont la santé a été, long-temps avant, gravement compromise par une fièvre de nature inconnue.

Une jeune personne de seize ans parut plusieurs fois dans l'appartement, mais la malade même exigeait que ses visites fussent rares et qu'elle se tînt éloignée du lit. Le 26 mai, cette jeune fille offrait les symptômes d'une dothinentérie grave au début, mais dont la marche fut prompte et la terminaison des plus heureuses. (Observations 3 et 4.)

La femme Viot âgée de 28 ans, demeurant à l'Etre-Châtard, à une lieue de Vaas était au troisième septenaire de la fièvre typhoïde, lorsqu'elle reçut la visite de son beau-frère Viot âgé de 30 ans, demeurant dans la commune de Chenu à plus d'une lieue de l'Etre-Châtard. Dès le lendemain Viot fut obligé d'appeler le médecin de Vaas qui le traita d'une dothinentérie.

Un jeune homme, nommé Durand entre chez la même malade pour savoir de ses nouvelles. Il y reste un quart d'heure, et retourne chez lui à un quart de lieue de l'Etre-châtard ; trois jours après, il est pris et lutte pendant un mois avec une grave dothinentérie qu'il communique à sa mère, celle-ci à son mari.

Ces observations démontrent que non-seulement dans les foyers épidémiques comme à la Chevalerie, à Vaas, à la Drouauderie, mais encore dans les lieux où les dothinentériques sont isolés, comme chez Contereau, Chesnay et madame Casselin, la fièvre thyphoïde peut se transmettre aux individus qui font une ou plusieurs visites aux malades sans les toucher.

Le contact immédiat ajoute aux chances de contagion, mais il n'est pas indispensable.

3° *Contagion indirecte médiate.*

C'est celle qui a lieu, les contractans n'ayant eu aucunes relations avec les malades, mais ayant communiqué plus ou moins fréquemment avec ceux qui les soignaient ou les visitaient.

Lorsque les dothinentériques sont assez nombreux pour constituer une épidémie, il n'est pas rare de voir des individus atteints en dehors des foyers de contagion. Entre ces nouveaux malades et les anciens l'on découvre presque toujours des relations indirectes au moyen de tierces personnes.

Toutefois il m'a semblé qu'un foyer épidémique n'était pas indispensablement le point de départ de ce mode indirect de propagation. Réduit à sa plus grande simplicité, nous croyons qu'il peut avoir lieu, même d'un malade isolé à un seul individu par un seul intermédiaire.

Je conçois qu'il est difficile d'en recueillir des preuves convaincantes, moi-même j'ai craint d'attribuer à la contagion une puissance dont elle serait dépourvue. Je conçois donc que des praticiens attribuent au hasard cette coïncidence de relations indirectes et de développement isolé de la dothinentérie. Mais je le répète le hasard ne prouve rien, n'explique et les faits rien, doivent toujours être enregistrés, sauf à suspendre son jugement jusqu'à ce que leur nombre décide l'incertitude d'une question.

Nous trouverons dans nos épidémies les preuves de la contagion indirecte médiate.

A la Drouauderie, Rose Perchet, la jeune femme Fortier s'étaient tenues à l'écart des malades, mais non de leurs gardes. Toutes deux furent atteintes et successivement tous

les membres de leurs familles, à l'exception de l'enfant que sa mère malade continua à allaiter.

A Coëmont une jeune ouvrière communique dans le quartier des malades avec ceux qui les approchent. C'est par elle que la dothinentérie franchit plusieurs habitations, s'établit dans la rue Basse et y reprend ses habitudes de transmission des secours aux secourans.

A Vouvray-sur-Loir, la femme Moulinet présente les mêmes symptômes que les malades de Coëmont, elle n'a pas eu de rapport avec eux, mais il est constaté qu'elle a fait dans leur voisinage même plusieurs visites.

A la suite de circonstances semblables et dans la même commune Joséphine Alteau (observation 1re) est prise à son tour.

Coëmont dépend de la commune de Vouvray et est peu éloigné de ce dernier bourg, où pendant l'épidémie les deux personnes que je viens de citer furent seules malades.

En 1814, à la Salpétrière, plusieurs salles furent mises à la disposition de malades affectés du typhus. Deux infirmiers employés près de ceux-ci, furent bientôt envoyés dans une autre division où le typhus ne tarda pas à se montrer. J'ai entendu plusieurs fois M. Pinel attribuer à cette mutation de service la propagation de la maladie.

Nous avons déjà dit que la contagion indirecte médiate pouvait s'opérer isolément en dehors de tout foyer épidémique.

Si l'on veut n'être pas accusé de trop de crédulité, les preuves devront être soumises à un choix sévère et dès-lors le même praticien n'aura que quelques occasions de les fournir significatives.

Lorsque plusieurs membres d'une même famille, isolés les uns des autres, se sont trouvés successivement en proie à la même maladie, sans qu'il y ait eu communication entre les malades, cette coïncidence de parenté et d'identité d'affection malgré l'éloignement m'a paru devoir fixer l'attention, surtout les lieux et les habitations intermédiaires étant respectés; dans cet état de choses, s'il est démontré que des parens communs aux malades ont circulé du premier aux suivans, je ne pense pas qu'il y ait défaut de logique à regarder cette correspondance comme cause probable de la propagation.

Au mois d'octobre 1831, je visitai à Château-du-Loir un jeune clerc de notaire au dixième jour d'une affection dont les symptômes semblaient amendés. Je crus reconnaître la dothinentérie et dirigeai mes questions de manière à savoir si ce jeune homme nommé Lauzan n'avait pas eu précédemment des relations avec quelques malades. J'obtins constamment une réponse négative.

Toutefois la mère à laquelle j'exprimais en particulier mes craintes sur la gravité et la durée de la maladie, me répondit que c'était d'autant plus fâcheux, que le patron de son fils, demeurant à trois lieues de la ville, à la suite d'un voyage fait au loin, près de son père malade, était revenu malade lui-même. Après lui sa femme l'avait été, et en même temps, ce jeune clerc qui les avait approchés plusieurs fois et dont le travail leur était plus indispensable dans ces malheureuses circonstances.

Quoi qu'il en soit, après une médecine expectante d'autant mieux indiquée que la dothinentérie marchait sans symptômes graves, dans le quatrième septenaire, la langue devint promptement rouge, sèche, contractée, tremblante; il survint du délire avec mussitation, la respiration s'accéléra ainsi que le pouls, des sueurs gluantes n'apportèrent aucune amélioration, le ventre se ballonna, il y eut émission involontaire d'urines et de matières alvines peu abondantes, soubresauts dans les tendons, tremblement musculaire général, la face se grippa et au trentième jour, le malade s'éteignit sans qu'une thérapeutique plus active eût la moindre influence sur cette série de symptômes. Toutefois les purgatifs ne furent pas administrés et depuis cette époque ils m'ont paru modifier avantageusement un état semblable.

Notre malade avait reçu des soins de sa mère, et d'une de ses sœurs madame Gasselin dont la maison était située à une autre extrémité de la ville. Cette même maison reçut à demeure la mère du défunt, trois semaines après la perte de son fils, et cinq semaines plus tard une des jeunes filles Gasselin qui n'avait eu avec ce dernier aucune communication, fut prise de la dothinentérie.

Ainsi à deux mois de distance, dans la même ville, l'on observe en tout, deux dothinentériques, ils n'ont pas communiqué, mais ils sont proches parens, mais la mère de la seconde, sœur du premier, a tous les jours circulé d'une maison dans l'autre, mais la mère du jeune clerc, grand-mère de la jeune fille, après des visites fréquentes, s'est fixée chez cette dernière : je vois là des circonstances qui ne sont plus des jeux du hasard.

Nous retrouverons d'ailleurs ce mode de contagion dans différentes maladies, et des auteurs recommandables l'ont signalé pour celle qui nous occupe en ce moment.

« Le commerce avec les malades déterminait encore fré-
« quemment la maladie, aussi attaqua-t-elle successivement
« la plupart des habitans d'une même maison.

« *Et même si quelqu'un restait pendant quelque*
« *temps auprès d'un malade étranger, il transmettait*
« *quelquefois la contagion d'une maison dans une*
« *autre.* » (Rœderer et Wagler.)

4° *Contagion indirecte immédiate.*

Ce mode de contagion a lieu lorsque des individus contractent une maladie pour avoir touché des effets qui avaient servi aux malades, porté leurs vêtemens, occupé leurs lits.

Nous avons parlé au commencement de ce travail, d'une femme Durand venue du Fresne à Saint-Pierre de chevillé pour assister sa mère. Elle lava le linge et les effets de la défunte et fut prise peu de temps après de la même maladie.

Si ce fait était unique, il ne serait pas concluant, parce que cette femme avait eu précédemment des rapports avec la malade.

Le suivant peut lever tous les doutes.

« Un domestique de M. le comte Théodore de Beaumont,
« ayant été visiter un de ses parens affecté de dothinentérie
« dans un village à deux lieues de Beaumont, avait été pris
« de cette maladie peu de temps après son retour.

« Une femme du même bourg, lava avant de le lessiver
« le linge du domestique, elle n'avait eu avec le malade
« aucune communication directe et se plaignit d'avoir été

« fort incommodée par l'odeur du linge qu'elle avait blan-
« chi. Cinq à six jours plus tard, elle eut les prodrômes de
« la dothinentérie et elle était à peine hors de danger au
« trente-sixième jour. »

— Fait observé par M. Brault, docteur en médecine à Beaumont, et publié par M. Bretonneau, *Archives générales de médecine*, septembre 1829. —

J'emprunte à la même notice les passages suivans : ils expliquent à la fois les circonstances qui déterminent la transmission d'une maladie, par voie indirecte immédiate et le mystère dont souvent est enveloppé ce mode de contagion.

« Fréquemment, on n'en peut douter, les lits des hôtels
« garnis et ceux des logeurs chez lesquels les ouvriers se
« retirent en grand nombre, transmettent et propagent les
« maladies contagieuses.

« Dans ce cas, comment remonter à la source de la con-
« tagion? Si le malade interrogé dans un hôpital peut quel-
« quefois répondre que le lit voisin du sien était occupé par
« un varioleux, il arrivera rarement qu'il puisse faire com-
« prendre qu'un camarade dont il a partagé le logement
« était affecté de fièvre typhoïde.

« Dans aucun cas il ne pourra dire s'il n'a pas occupé le
« lit encore chaud d'un homme qui vient d'être transporté à
« l'hôpital.

« Quant aux hôtels garnis, pense-t-on que dans ces mai-
« sons, l'on prenne souvent le soin de lessiver les matelas
« et les fournitures du lit sur lequel un jeune homme affecté
« de dothinentérie sera resté pendant plusieurs jours et sur
« lequel même il aura succombé. Qu'un autre étranger que
« la dothinentérie peut encore atteindre, vienne la contrac-
« ter dans le même appartement sur le même lit, d'où vien-
« dront les renseignemens qui pourraient mettre sur la voie
« de la contagion ? » (Bretonneau, *Archives.*)

Malgré le nom recommandable de l'auteur, le passage que je viens de citer aurait seulement le mérite d'une doctrine plus ou moins probable si des faits authentiques n'en confirmaient la vérité.

J'ai vu des maisons dont les domestiques avaient été aux prises avec la fièvre typhoïde. Plusieurs mois, quelquefois plusieurs années s'écoulaient, de nouveaux domestiques succédaient aux premiers, occupaient les mêmes chambres, les mêmes lits, et à leur tour après un temps plus ou moins long, ils étaient atteints de la dothinentérie. Lorsque le changement d'habitation n'est pas partiel, mais que toute une famille déménage, les nouveaux fermiers et leurs domestiques habitent impunément les mêmes lieux, les mêmes appartemens où la fièvre typhoïde a précédemment exercé ses ravages.

A quoi tient cette différence si ce n'est au déménagement des lits et des effets qui ont servi aux malades, déménagement qui n'a pas lieu, lorsque les domestiques seuls se déplacent ?

Madeleine Levilain est saisie de la fièvre typhoïde le 8 janvier 1829 : cette jeune fille était domestique chez des Fortier qu'il ne faut pas confondre avec des parens du même nom habitant la Drouauderie.

Ceux-ci demeuraient à la Justice, à un quart de lieue du hameau : tous pendant l'épidémie avaient donné des soins à la famille Guilliet ; de retour chez eux, leur santé n'étant nullement altérée, ils avaient repris leurs habitudes.

La mort de Guilliet décida ce même Fortier son gendre à prendre à son compte la ferme du défunt. Tout son ménage fut transporté à la Drouauderie le 1er novembre 1828, et sa belle-mère mit le sien dans une boulangerie inhabitée jusqu'alors et tenant à la maison.

Dans cette même boulangerie la domestique de Fortier, Madeleine Levilain occupait toutes les nuits le lit qui avait servi plus de deux mois auparavant à la fille Guilliet et à Françoise Olivier, dothinentériques pendant l'épidémie.

Les Fortier, tout en habitant une maison où la fièvre typhoïde avait passé, couchaient dans des lits qu'ils avaient apportés. Aucun d'eux ne fut malade, mais Madeleine Levilain le devint après deux mois de séjour à la Drouauderie.

Cinq ans après, en octobre 1833, une autre jeune fille nommée Madeleine Viot, domestique chez ce même Fortier, couchant depuis un an dans ce même lit qui probablement avait été funeste à Madeleine Levilain, a été prise de la dothinentérie. Je veux douter de la valeur de ce contact après un temps si long et surtout lorsque le même lit dans l'intervalle a été occupé impunément par deux jeunes filles, domestiques intermédiaires aux deux Madeleine, mais je note le fait parce qu'il n'est pas unique.

Un domestique de Contereau fut pris de la dothinentérie en 1828 ; il occupait le même lit qui avait servi en 1824 à un précédent domestique malade de la dothinentérie. Toute la famille Contereau l'avait eue à cette époque.

Depuis plusieurs années, ce ménage a été renouvelé, de nouveaux fermiers habitent Verneilh et n'ont présenté aucun malade.

A Château-du-Loir, madame Gasselin donne pendant 58 jours des soins à sa fille aînée, dothinentérique dont la mort a semblé la conséquence d'un ulcère gangréneux du sacrum : l'année précédente la plus jeune sœur de la malade avait payé son tribut à la fièvre typhoïde, toutes deux pendant le cours de la maladie avaient occupé le lit de leur mère, une première fois celle-ci avait donc repris impunément ce même lit. Il n'en fut pas de même la seconde fois : soit que la dothinentérie de la sœur aînée eût été plus grave et plus longue, soit que le profond chagrin de l'avoir perdue disposât plus à la contagion cette mère malheureuse, toujours est-il, qu'après avoir occupé pendant quatre mois le lit d'une dothinentérique, elle faillit être victime de la fièvre tiphoïde ; sa troisième fille fut ensuite atteinte de la même maladie.

« On peut encore démontrer la ressemblance de cette
« maladie (fièvre des hôpitaux et des armées) à une vérita-
« ble peste par l'événement suivant :

« On mit à bord des vaisseaux qui portaient les malades,
« un paquet de vieilles tentes qui leur servirent de couver-
« tures de lits. Ces tentes ayant besoin de réparation, on les
« mit entre les mains d'un ouvrier de Gand. Il employa
« vingt-trois compagnons pour les mettre en état, mais ces
« infortunés se virent bientôt saisis de la maladie qui en
« enleva dix-sept, quoiqu'ils n'eussent communiqué d'au-
« cune autre manière avec les personnes qui en étaient at-
« taquées. » (Pringle, *Observations sur les maladies des armées*, 1743.)

Les observations qui précèdent démontrent que la do-

thinentérie se transmet de quatre manières différentes.

1° Directement et immédiatement par le contact des malades, ou médiatement par le séjour dans leur atmosphère.

2° Indirectement, à la suite de rapports médiats avec les individus qui approchent les malades, ou de rapports immédiats avec les effets qui ont servi aux dothinentériques.

Ces quatre modes sont, quant à la fréquence, dans une proportion successivement décroissante.

Nous verrons maintenant si la dothinentérie peut se propager autrement que par contagion, si enfin elle est épidémique, sporadique ou endémique.

GENDRON.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Traitement des fractures de la clavicule; par M. MAYOR, de Lausanne.

La fracture de la clavicule, mieux que toute autre, guérit toujours, quel que soit le moyen employé, et même sans aucun appareil, mais on sait que ces consolidations sont plus ou moins difformes, et les suites de l'accident plus ou moins longues et douloureuses suivant qu'on fait usage des moyens contentifs plus ou moins *imparfaits*.—J'ai essayé tous ceux qu'on a successivement préconisés, et voici celui que je crois le plus simple, le plus promptement appliqué, le plus commode pour le malade et pour le médecin et sans contredit le plus efficace Il consiste dans un mouchoir ou foulard assez long pour faire le tour du corps après qu'il aura été plié en triangle ou en fichu.— Avant de l'appliquer, faites la réduction exacte de l'os en mettant le coude, l'épaule, le bras dans la position qui répondra le mieux à la parfaite coaptation des fragmens. Celle-ci obtenue, il ne s'agit plus que de la maintenir, en fixant les parties que je viens de nommer dans la situation où vous les aurez mises, et en empêchant qu'elles ne se dérangent et ne changent de rapport entre elles.—Pour cet effet, commencez par faire usage du coin vers le tiers supérieur du bras, *si vous en avez besoin :* ce besoin sera reconnu sur-le champ par la manœuvre à laquelle on aura dû recourir pour bien réduire les bouts de l'os.—Car si, pour assurer cette réduction, vous n'avez pas été obligé de faire basculer la part supérieure de l'humérus afin de l'écarter plus ou moins du thorax, il sera fort inutile de simuler cette manœuvre par un corps quelconque placé dans l'aisselle, comme ce sera le plus souvent le cas, si du moins vous savez profiter adroitement, pour ramener les fragmens vis-à-vis l'un de l'autre, des avantages que vous offre le coude, comme bras de levier. Je n'insiste donc pas sur cette pièce de l'appareil : le mouchoir seul plié en triangle suffira le plus souvent.— On place la base de ce triangle à quelques travers de doigt au dessus du coude et parallèlement à l'avant-bras fléchi sur le devant de la poitrine ; on en entoure celle-ci, puis on serre et fixe les deux bouts de ce lien sur le côté opposé du thorax, de manière à appuyer convenablement le coude contre les côtes, et à l'assujétir dans l'endroit où il aura été ramené lors de la réduction de la fracture. Mais, pour mieux assurer l'immobilité du coude, ayez recours aux deux autres bouts du fichu qui forment la pointe du triangle et qui pendent sous l'avant-bras. Faites glisser ces bouts derrière l'avant-bras, entre celui-ci et le thorax. Saisissez alors chacun de ces bouts séparément pour les conduire et assujétir de la manière suivante : l'un des deux sera ramené obliquement vers l'épaule saine ; un bout de cravate ou de bande lui sera ajouté, dans ce trajet, afin de pouvoir le prolonger sur cette épaule par derrière, jusqu'à la ceinture formée par la base du fichu, on l'y assujétira après avoir tiré suffisamment dessus pour atteindre le but qu'on se propose, c'est-à-dire pour soutenir le coude à la hauteur où il a été placé pour rester fixer au-devant de la poitrine.—On procédera de la même manière avec la seconde extrémité du fichu ; mais en la dirigeant directement en haut sur la clavicule cassée. Ici le praticien pourra remplir telle indication qu'il jugera convenable. Ainsi il pourra, après avoir garni de coton, de compresses graduées, etc., la partie supérieure et inférieure de l'os, assujétir solidement ces remplissages, lesquels contribueront à fixer mieux les fragmens et à empêcher leur déplacement. Il pourra encore lutter avec avantage contre la disposition que manifesterait l'un des fragmens à s'élever au-dessus du niveau de l'autre, en dirigeant sur lui la bande ou la cravate de manière à comprimer plus particulièrement le fragment sternal ou la portion acromienne de la clavicule, si cette compression était jugée convenable.

En résumé, mon appareil remplit les quatre indications essentielles qu'on est en droit d'exiger dans le traitement des fractures qui nous occupe et que je rappellerai dans l'ordre de leur importance.—Ainsi, 1° la base du mouchoir, en appliquant et serrant le coude contre le thorax, tend à limiter les mouvemens de l'épaule et à rendre immobiles les fragmens — 2° La manière dont cette base longe l'avant-bras, jointe au passage du sommet du triangle entre les avant-bras et la poitrine forme une excellente écharpe pour soutenir l'avant-bras et la main et surtout le coude. — 3° Ce dernier est soulevé et maintenu en place par le bout du sommet qui passe sur l'épaule saine et qui s'attache postérieurement au bandage de corps, formé par la base de ce triangle ; enfin, 4° cet autre bout du sommet qui est ramené sur l'endroit même de la fracture peut y produire une compression plus ou moins forte dont on tirera parti pour assujétir toujours plus les fragmens entre eux, et empêcher la difformité qui résulte trop souvent de leurs rapports défectueux.

J'ai oublié de dire que je n'applique pas mes appareils sur la peau même ou le corps mis à nu, mais sur la chemise et sur un gilet ou une camisole, ce qui permet au malade de sortir et de s'habiller.— Je dois ajouter encore que mon moyen est si simple qu'il peut être enlevé et remis sans aucun inconvénient, aussi souvent qu'on le juge nécessaire, attendu que ces opérations ou pansemens n'exigent jamais qu'on remue ou déplace en aucune manière, ni le bras, ni le coude, ni l'avant-bras : comme il est facile à chacun de s'en convaincre, et ce en moins d'une minute, en essayant l'application du mouchoir telle que je viens de l'indiquer.

Pour bien apprécier tout ce que je viens de dire, faites-en l'épreuve sur un cadavre, auquel vous aurez scié, obliquement, la clavicule. —Laissez pour cet effet agir le poids du membre et imitez les contractions musculaires en pressant sur le moignon de l'épaule dans tel ou tel sens que vous jugerez convenable.—Faites ensuite, et de la même manière, des épreuves comparatives avec les meilleurs de vos appareils, et vous vous convaincrez de la supériorité du mien, abstraction faite de sa simplicité et de la facilité de l'avoir toujours et partout sous la main. MATH. MAYOR, *de Lausanne.*

ANNALES

DE

LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE.

JUIN 1834.

RAPPORT TRIMESTRIEL

Sur le service médical de M. Casimir Broussais, *médecin ordinaire, professeur adjoint, à M. le médecin en chef de l'hôpital militaire d'instruction de Val-de-Grâce.* 1834. 1er trimestre. (Janvier, Février et Mars.)

BALANCE.

Restans le 1er janvier		93
Entrés dans le trimestre.		330
	Total.	423
Sortis dans le trimestre.		307
Morts.		18
Restans le 31 mars.		98
	Total.	423

Mortalité : 1 sur 24 1/18.

Nature des maladies des entrans.

Adénites.	4	Report	105
Angines.	24	Fatigues.	16
Ascite.	1	Fièvres intermittentes.	29
Bronchites aiguës.	23	Gastrite aiguë.	1
—— chronique.	3	Gastro-enterites aiguës.	29
Céphalalgie.	1	——— chroniques.	9
Chancre.	1	Gastro-entéro-colites.	23
Colites.	0	Gastro-céphalite.	1
Congestions cérébrales.	6	Hépatites.	6
Convalescences.	13	Hémoptysie.	1
Dartres.	2	Hypertrophies du cœur.	3
Gastro-bronchites.	11	Pleurites chroniques.	4
Gastro-pneumonies.	9	Pleuro-pneumonites aiguës.	2
Duodénites, ictères.	5	Pneumonite aiguë.	1
Epilepsie.	1	—— chroniques.	5
Erysipèle.	1	Rhumatismes musculaires.	3
	105		238
	238		295
Irritations gastriques.	21	Rougeoles.	6
Irritations gastro-bronc.	8	Scarlatines.	2
Lumbagos.	4	Sciatique.	1
Ophthalmies.	3	Stomatites.	4
Orchites.	2	Syphilis consécutives.	2
Oreillon.	1	Varicelles.	3
Péricardite chronique.	1	Varioles.	4
Péritonites chroniques.	2	Uréthrites.	4
Pleurites aiguës.	15	Indéterminés.	9
	295		330
		Total.	330.

La température du mois de *janvier* a été fort douce en général ; le froid ne s'est montré qu'à la fin ; les 30 et 31, il y a eu de la glace, les vents qui avaient été violens à la fin de l'année précédente, ont été calmes pendant la première quinzaine, et le ciel était tantôt couvert de nuages, tantôt ouvert aux rayons du soleil ; mais le 17, deux jours après les terribles désastres de la Méditerranée qui ont amené la perte du vaisseau *le Superbe*, il s'est élevé ici de grands vents, qui se sont peu à peu apaisés ; les maladies prédominantes, ont été les angines, les pleurites, les bronchites, les gastro-entérites et gastro-colites aiguës simples et compliquées consécutivement de bronchites et de pneumonies.

Le mois de *février* a été beau, assez froid au commencement et au milieu, doux pendant le reste ; ciel découvert, excepté le 3 où il s'est formé en brouillard qui est devenu le soir tellement épais qu'il était impossible de sortir en voiture surtout dans certains quartiers ; on a vu, dans ce mois, encore beaucoup d'angines, de bronchites, de pleurites et de fièvres intermittentes ; mais très-peu de colites, de gastro-colites et de gastro-entérites et plusieurs exanthèmes, tels que varioles et rougeoles.

Le commencement de *mars* a été encore assez doux, puis le vent est devenu froid à donner l'onglée le matin ; il y a eu quelqee peu de pluie, à peine quelques grains de grêle ; de la gelée la nuit ; le soleil étant toujours assez chaud au milieu du jour et à l'abri du vent. Le nombre des angines et des bronchites s'est soutenu, mais celui des fiè-

vres intermittentes, des gastro-entérites et gastro colites aiguës a beaucoup augmenté; on a vu de plus, des congestions cérébrales, des rougeoles et des scarlatines, des gastro-bronchites et même des gastro-pneumonites violentes; moins de pleurites.

Une chose à remarquer, c'est que pendant ces trois mois, il y a eu très-peu d'arthrites, deux ou trois seulement chez d'anciens malades.

La mortalité a été d'un sur vingt-sept un quart en janvier, d'un sur trente et demi en février, d'un sur cinquante-huit un quart en mars. D'après le relevé ci dessus de la nature des maladies des entrans, la proportion suivante aurait existé entre les affections des organes digestifs et respiratoires.

Affections des organes respiratoires.		*Affections des organes digestifs.*	
Bronchites aiguës.	23	Colites.	10
—— chroniques.	3	Duodénites.	5
Hémoptysie.	1	Gastrite aiguë.	1
Pleurites aiguës.	15	Gastro-entérites aig.	29
—— chroniques.	4	Gastro-chroniques.	9
Pleuro-pneumonies aiguës.	2	Gastro-entéro- —— colites.	23
Pneumonite aiguë.	1	Gastro-céphalite.	1
—— chroniques.	5	Hépatites.	6
		Irritations gastriques.	21
		—— Péritonites chroniq.	2
Total.	54	Total.	107

Affections compliquées des organes digestifs et respiratoires.

Gastro-bronchites.	11
Gastro-entérites, pneumonites.	9
Irritations gastro-bronchiques.	8
Total.	28

Mais le nombre des maladies de l'appareil respiratoire est, dans le fait, beaucoup plus élevé, parce que la plupart des gastro-entérites et gastro-colites aiguës qui sont devenues graves, se sont compliquées, postérieurement à l'entrée des malades à l'hôpital, de brochites, de pleurites et de pneumonites qui leur ont ajouté une fâcheuse gravité; il faut encore aussi tenir compte des petits *rhumes* dont la plupart des malades ont été atteints passagèrement, et l'on verra que le nombre des affections gastro-intestinales est loin d'avoir été supérieur à celui des phlegmasies de la poitrine.

Commençons par ces dernières.

Phlegmasies des organes respiratoires. Le nombre de ces affections doit être augmenté de celles qui sont survenues comme complications d'autres phlegmasies. Les bronchites et les pleurites aiguës ont en particulier été très-nombreuses, comme on peut le voir d'après le tableau ci-dessus; elles ont cédé facilement aux antiphlogistiques, et ne nous ont rien offert de bien remarquable. Le râle sibilant ou muqueux avec l'expectoration annonçait les premières, mais l'égophonie a très-souvent manqué dans les secondes; ce qui les caractérisait, c'était une douleur vive, aiguë, déchirante dans un des côtés de la poitrine, augmentant par la pression et par les mouvemens de la poitrine, empêchant les grands mouvemens d'inspiration, excitant une petite toux sèche, continuelle quand on commandait au malade de respirer plus vite qu'à l'ordinaire, et accompagnée de diminution ou de disparition du bruit respiratoire et plus tard de son mat. Nous avons fait marcher à la fois, dans leur traitement, les saignées générales et locales et les vésicatoires; nier l'efficacité de ces derniers dans la pleurite, nous paraît le plus impudent sophisme que l'on ait pu avancer de nos jours.

Cependant chez quelques malades nous n'avons pas eu besoin de ce révulsif; ainsi, au mois de février, en deux jours, une pleurite aiguë a été enlevée complétement par la saignée locale chez le jeune Ali, de race nègre, Égyptien arrivé avec le *Luxor* à Paris.

On ne voit, comme primitives, sur le tableau que deux pleuro-pneumonites et une pneumonite aiguë, ce qui est bien peu pour un premier trimestre, mais ce qui tient à ce que l'hiver n'a point été dur; toutes trois ont été guéries. Aux neuf pneumonites qui compliquaient des gastro-entérites dès l'entrée des malades, il faut en joindre beaucoup d'autres qui sont survenues consécutivement; les premières s'annonçaient par les signes ordinaires et étaient facilement diagnostiquées, mais les secondes avaient souvent cela d'insidieux, qu'elles débutaient en général par une toux qui aurait pu paraître de peu d'importance, puisqu'elle ne s'accompagnait d'aucune ou presque aucune expectoration, qu'il n'y avait, pendant les premiers jours, ni râle crépitant, ni son mat, et qu'il n'existait qu'une respiration sèche, forte, du râle sonore ou sibilant, ou seulement du bruit respiratoire, c'est très-souvent après cinq ou six jours de l'existence de ces signes que nous trouvions du son mat, que quelques crachats épais, visqueux, jaunâtres, étaient expectorés, et que l'autopsie venait justifier nos craintes antérieures. Certainement il n'en était pas toujours ainsi : nous n'avions quelquefois affaire qu'à une bronchite, mais nous pensons qu'il faut combattre sans hésitation toute bronchite qui vient compliquer une affection quelconque, mais surtout les gastro-entérites graves, si l'on veut éviter qu'un grand nombre de ces malades ne soient enlevés par des pneumonites, qui, à l'époque où elles sont confirmées, sont souvent au-dessus de toute ressource. Les saignées générales, surtout les sangsues appliquées vers l'appendice xiphoïde, ou sur la poitrine remplissent merveilleusement cette indication. L'observation du n° 59 de la salle 7 vient en confirmation de nos assertions. Ce militaire, étant en convalescence, fut pris d'un violente pleuro-pneumonite; on lui fit plusieurs saignées du bras, puis on poursuivit avec des sangsues le râle crépitant, l'on parvint à l'enlever, et en peu de jours ce militaire fut rendu à la convalescence. Nous avons encore fait disparaître, du jour au lendemain, le râle crépitant par une application de sangsues chez le malade couché au n° 37 de la salle 7, au commencement de mars.

Nous avons eu plusieurs *hémoptysies*, traitées par les

saignées générales et les vésicatoires, elles ont été modérées ou enlevées ; mais, dans deux cas où l'autopsie est venue éclairer notrer diagnostic, nous avons trouvé une fois (Gransard salle 7, lit 4), une excavation rouge et presque gangréneuse remplie de sang en détritus au milieu d'un poumon engorgé de sang, et parsemé de granulations rouges, comme celui de l'autre côté ; et l'autre fois (Reybier salle 4, lit 21), une caverne à droite qui avait un aspect gangréneux, les poumons étant farcis de granulations tuberculeuses rouges ou blanches, et offrant un tissu de couleur noirâtre. Nous avons noté la pneumonite du n° 23, salle 7 ; cet infirmier militaire, nommé Bastar, était entré comme malade à la fin de l'année précédente pour une bronchite rebelle ; il voulut absolument sortir avant d'être guéri et rentra au commencement de mars, présentant, des deux côtés de la poitrine, une matité prononcée qui occupait les deux tiers inférieurs des poumons, et était accompagnée de râle crépitant ; outre ces signes, il y avait une fièvre continue, des sueurs nocturnes, une toux fatigante, une expectoration purulente très-copieuse, crachats arrondis, épais et jaunes, un amaigrissement rapide et une coloration blafarde de la face. Ici nous avons fait marcher, d'un commun accord, les sangsues et l'oxide d'antimoine (non pas l'oxide blanc pur, que l'on ne nous a pas encore fourni) ; et le résultat que nous avons obtenu est vraiment étonnant, plus de dix fois Bastar a été sur le point d'expirer au milieu d'attaques de suffocation terribles avec décomposition de la face, perte de la voix, pouls fugitif et irrégulier. Aujourd'hui il se trouve bien ; il se réjouit de la réforme qu'il vient d'obtenir ; son pouls a beaucoup moins de fréquence, ses crachats sont en grande partie muqueux et moins abondans ; il a pris de l'embonpoint et le râle crépitant n'existe plus que dans le tiers inférieur du poumon droit ; il y a encore du son mat et du râle sibilant dans plusieurs points ; mais nous devons avouer que depuis quelques jours, l'amélioration semble arrêtée, bien que nous augmentions l'oxide d'antimoine ; nous nous proposons d'y substituer le tartre stibié pour achever la résolution du point hépatisé.

Nous avons l'intime conviction d'avoir arraché à la phthisie pulmonaire au moyen des applications de sangsues répétées, de l'oxide d'antimoine et des frictions stibiées, le malade dont nous donnons ici l'observation recueillie par M. Dequevauviller, chirurgien élève des plus distingués du Val-de-Grâce, actuellement chirurgien sous-aide à Lyon.

Pneumonie chronique. — Observation recueillie par M. Dequevauviller—Montavert (Bénoit), sous-officier sédentaire, caserné sur la Place de l'Estrapade, dans un endroit très-humide, âgé de trente-huit ans, entra au Val-de-Grâce au mois d'octobre 1833, pour une bronchite aiguë, qui fut traitée par une saignée et une application de sangsues au-dessous des clavicules. Il sortit sans être entièrement guéri ; cependant la toux avait cessé jusqu'à la fin de 1833. Il fit un excès de boisson avec ses camarades, dès-lors, les accidens revinrent, augmentèrent rapidement, et Montanvert entra à l'hopital militaire du Val-de-Grâce, le 1er janvier 1834, lit vingt-quatre, salle sept.

Premier jour de traitement, 2 janvier. — Râle muqueux à la partie supérieure du poumon droit, râle crépitant à la partie inférieure, postérieurement ; râle muqueux au poumon gauche inférieur, et postérieurement ; râle sibilant, par intervalle à la partie antérieure du même poumon, bronchophonie à droite, supérieurement ; céphalalgie assez forte, pouls fréquent et fort, crachats rouillés ; diète, tisane pectorale miellée, potion gommée, trente sangsues à à la partie postérieure gauche, cataplasme après la chute des sangsues.

3 janvier. — Respiration plus libre, plus de céphalalgie, cependant, le râle subsiste dans la poitrine, les contractions du cœur retentissent fortement à travers la partie antérieure du poumon droit ; trois ventouses scarifiées postérieurement

4 janvier. — L'auscultation de la poitrine donne pour symptôme : râle sibilant obscur au poumon droit, respiration râpeuse par tout le poumon gauche, bronchophonie plus distincte, mais circonscrite ; son mat répondant au râle sibilant, pouls fréquent, peau chaude (soupe au lait, tisane d'orge, potion gommée, deux ventouses scarifiées à gauche, cataplasme.)

5 janvier. — Mêmes symptômes ; la bronchophonie se déclara à gauche, au-dessous de la clavicule ; même traitement.

7 janvier. — Sa poitrine est mesurée comparativement des deux côtés ; la circonférence du côté gauche est dépassée par celle du côté droit, de quinze lignes environ (quinze sangsues au côté gauche).

10 janvier. — Le malade dilate mieux sa poitrine, on n'entend p us de râle crépitant qu'à la partie inférieure et postérieure du poumon droit (quinze sangsues au lieu correspondant de la poitrine).

Dixième jour, 12 janvier. — L'état de la poitrine est meilleur, le râle a diminué, le côté droit ne surpasse plus le coté gauche que de cinq lignes environ. Les crachats ne contiennent plus de sang.

13 janvier. — Langue un peu rouge, épigastre rénitent, peu douloureux, malaise général, un peu d'accroissement de force ; diète, vingt sangsues, partie à l'épigastre, partie au-dessous des fausses côtes droites, où il existe toujours du son mat et du râle crépitant.

15 janvier. — Les symptômes gastriques ont disparu, le râle crépitant se fait encore entendre à droite, la respiration est beaucoup plus libre ; bouillie, lait, loock, cataplasme sur la poitrine à droite.

Quinzième jour, 17 janvier. — Il ne reste plus qu'un peu de résonnance bronchophonique à gauche, qu'un peu de crépitation à la partie droite, moyenne et postérieure de la poitrine. Rien de nouveau jusqu'au 24 janvier, le malade mange de la bouillie.

24 janvier — Il reste toujours de l'embarras sous la clavicule gauche et vers la partie moyenne de ce poumon, ainsi que du râle crépitant au poumon droit (bouillie matin et soir ; potion avec quatre grains d'oxide blanc d'antimoine).

27 janvier. — Crépitation sous la clavicule gauche, et à la partie moyenne, droite et postérieure, résonnance de la voix (bouillie matin et soir, on a augmenté graduellement la dose d'oxide blanc d'antimoine ; on en donne huit grains).

29 janvier. — Le volume de la poitrine est le même des

deux côtés, la crépitation a disparu à droite, elle subsiste à gauche; on applique à cet endroit vingt sangsues; on supprime l'oxide blanc.

Vingt-huitième jour, 30 janvier. — Le râle a disparu, l'expectoration est très-abondante, elle n'a pas de caractère saillant (soupe au lait, cataplasme, orge miellée).

9 février. — Pouls fréquent, râle crépitant, humide a la partie postérieure inférieure gauche (vingt sangsues à cet endroit, cataplasme).

4 février. — Le râle a beaucoup diminué, cataplasme, loock.

8 février. — Le râle crépitant est encore sensible, on continue le loock et les cataplasmes, on donne le quart au malade.

Trente-neuvieme jour, 10 février. — A droite supérieurement, soufle et respiration bronchiques; à gauche, un peu de râle crépitant inférieurement (quinze sangsues à chaque partie malade; le même régime lui est prescrit). Cette médication apporte peu de changement.

14 février. — Même état de la poitrine (frictions stibiées postérieurement).

25 février. — Tous les symptômes ont disparu; à l'exception d'un peu de râle crépitant qui persiste; les frictions sont continuées (soupe, quart de pain, matin et soir, œufs en omelettes).

3 mai. — Le râle crépitant est à peine perceptible.

Soixante-sixième jour, 9 mai. — Les accidens ont entièrement disparu; le malade mange les trois quart depuis quelques jours; il sort de l'hôpital parfaitement guéri.

Avant de quitter les phlegmasies pulmonaires, nous noterons un cas où la médecine symptômatique, comme pis-aller, a apporté quelque soulagement à l'un de nos malades. Il s'agit d'un jeune phthisique (Lescourt, salle 7, n° 24), qui était épuisé par des sueurs nocturnes; des bains de pieds simples le soir, après avoir diminué les sueurs pendant deux ou trois jours, devinrent inefficaces; nous y substituâmes les pédiluves sinapisés qui ne produisirent d'effet que pendant deux jours. Nous donnâmes alors le sulfate de quinine à la dose de deux grains tous les jours; et non-seulement les sueurs si incommodes et si débilitantes pour le malade furent arrêtées, mais encore Lescourt éprouva une amélioration générale; les crachats, moins abondans, se détachaient plus facilement, les forces semblaient revenir. Toutefois la maladie n'en faisait pas moins des progrès inévitables, mais Lescourt jusqu'à ses derniers jours, ne cessa de se féliciter de son meilleur état, et l'autopsie vint nous prouver que la pneumonie chronique tuberculeuse avait envahi les deux poumons. D'ailleurs nous avons vérifié chez lui, contrairement à M. Louis, l'absence d'ulcérations dans le canal digestif.

Nous avons eu deux cas d'emphysème pulmonaire dont nous donnerons plus tard les observations. Parmi nos morts nous ne comptons aucun malade atteint de pneumonite, pleurite ou pleuro-pneumonite simple aiguë; mais un a succombé à une apoplexie pulmonaire et deux à la phthisie ou pneumonie chronique.

Péricardite aiguë et chronique. Nous avons eu deux cas de péricardite fort intéressans, chez un malade à l'état chronique, chez l'autre à l'état aigu.

Le 7 mars 1834, entra salle 7, lit 80, Fournier, du 58e de ligne, dans un état de dyspnée inquiétant. C'était un homme de constitution assez robuste, au teint brunâtre, marqué de taches de rousseur; il était assis sur son séant, toussant souvent et avec peine, l'haleine courte, la parole brève; le pouls petit et fréquent se sentait d'autant moins bien, que les tégumens de l'avant-bras, comme ceux des autres extrémités, ainsi que la face étaient un peu œdématiés; en auscultant on entendait, dans presque toute la poitrine, un râle sous-crépitant, mêlé de râle sibilant et muqueux; à la percussion, son moins clair, mais non pas mat; quant à la région du cœur, voici ce qu'elle présentait: d'abord son mat, s'étendant au milieu jusqu'à deux pouces de l'extrémité supérieure du sternum, et jusqu'à l'épigastre; à droite jusqu'à deux pouces de la partie moyenne du sternum; à gauche jusque vers le sein et dans la direction de la pointe du cœur. La poitrine paraissait généralement bombée en avant; à l'auscultation, on n'entendait qu'un bruit sourd du cœur dans toute cette région occupée par le son mat et qui diminuait à mesure qu'on s'éloignait de la base du cœur; enfin cet organe ne communiquait aucune impulsion à la main ni au stéthoscope appliqué sur la poitrine. Quant aux crachats, ils étaient purement muqueux. Ces accidens existaient depuis quelques jours, mais ils avaient déjà reparu à plusieurs reprises depuis quelques mois; au début, onze mois auparavant, il y avait eu une douleur vive au sternum avec tous les signes de dyspnée dont nous venons de parler et une enflure presque générale; à cette époque on avait mis des sangsues au sternum et appliqué un vésicatoire au bras. Cette fois les accidens étaient beaucoup plus forts que lors des autres recrudescences. Nous n'avions évidemment point affaire à une pleurite, puisque le son mat était borné à la région du cœur, ni à une pneumonie, puisqu'il n'y avait ni râle crépitant ni crachats épais et rouillés, ni force et plénitude du pouls; il n'existait point non plus d'hypertrophie du cœur, puisqu'aucune impulsion n'était communiquée aux parois thoraciques; ni d'anévrisme, puisque les bruits du cœur au lieu d'être éclatans, étaient sourds; cependant nous avions gêne de la circulation, gêne de la respiration, œdème général; nous diagnostiquâmes une péricardite avec épanchement et un œdème pulmonaire. Plus heureux cette fois que dans le cas rapporté par M. le professeur Bouillaud (article *hydropéricarde, du Dict. de méd. prat.*), nous n'avons point eu l'occasion de vérifier notre diagnostic, mais il ne nous laisse aucun doute dans l'esprit. Les saignées locales, les moxas sur la région du cœur, la diète, puis un régime sévère ont enlevé le mal à peu près complétement. Aujourd'hui l'étendue du son mat a diminué de moitié, le bruit des contractions du cœur, bien qu'encore un peu sourd, s'entend infiniment mieux qu'auparavant, le pouls est moins petit et il n'existe plus aucun symptôme de dyspnée, ni de gêne de la circulation, aucun accident du côté des voies respiratoires; le malade est sur le point de sortir.

L'autre cas de péricardite se présenta chez un malade qui était entré à l'hôpital, salle 7, lit 70, le 14 mars, pour une pleuro-pneumonie très-aiguë. Cependant un traitement antiphlogistique énergique conjura si rapidement les accidens, que quatre jours après, le malade assis sur son lit, se

déclara guéri et demanda hautement à manger. Il allait à merveille, lorsque à la visite du 28 au matin, je le trouvai dans un état voisin de l'agonie. Il avait été pris durant la nuit d'étouffement, d'imminence de suffocation; il était dans une agitation extrême, la face décomposée, les ailes du nez agitées, les yeux inquiets, l'anxiété la plus vive peinte sur la figure; il accusait une douleur à la région cardiaque; la percussion de cette région donnait un son mat qui traversait le sternum et s'étendait à près de deux pouces au-delà à droite; en auscultant le cœur, on entendait, surtout à droite du sternum, un *bruit de frottement* dur, âpre, désagréable à l'oreille, correspondant à la systole et à la diastole du cœur, et de plus un bruit de soufflet bien distinct du précédent; le pouls était petit et extrêmement irrégulier; il y avait une légère œdématie des extrémités supérieures et inférieures. D'ailleurs la douleur pleurétique n'avait pas éprouvé de recrudescence. Le malade avait eu recours au chirurgien de garde qui avait fait une application de sangsues et mis des sinapismes. J'ordonnai une saignée le matin et une le soir, et cinquante sangsues à la région du cœur. Le 29 au matin, le malade est beaucoup mieux; le sang de la première saignée est couenneux, tandis que celui de la seconde ne l'est pas; mais il y a encore de l'orthopnée, de l'irrégularité du pouls, et le bruit de frottement est aussi fort que la veille. (On prescrit une saignée du bras ℥ XV et trente sangsues à la région du cœur.) Depuis, le malade a été de mieux en mieux; du jour au lendemain le bruit de frottement a disparu, le bruit du cœur s'est éloigné, le son mat s'est étendu; il est évident qu'il s'est fait un épanchement abondant, qui a probablement succédé à une exudation plastique. Je donnerai dans mon prochain rapport la fin de l'histoire de ce malade.

Phlegmasie des organes digestifs. Beaucoup de gastro-entérites se sont montrées encore dans ce trimestre, et un grand nombre se sont compliquées de colite, mais nous n'avons point eu beaucoup de colites simples, nous en comptons cinq en janvier, une en février et quatre en mars. Dans les gastro-entérites graves, nous n'avons point vu souvent de sudamina; deux fois une angine pultacée est venue abréger les jours du malade, une fois nous avons eu des parotides qui n'ont point été funestes. En général la forme typhoïde ne s'est pas trop multipliée ce trimestre; plusieurs fois la forme ataxique s'est montrée. Nous avons eu onze *ictères* dont six avec engorgement sensible du foie, et cinq avec duodénite pure et simple. Chez tous, les applications de sangsues à la région gastro-duodénale ou hépatique, le régime sévère, les bains et les lavemens ont opéré promptement la guérison. Un seul fait exception, en voici l'observation recueillie par M. Dequevauviller.

Ictère guéri par le calomel. Baydel, âgé de trente ans, natif de l'Alsace, soldat au 61e de ligne, entra au Val-de-Grâce le 30 décembre 1833, pour un ictère qui s'était déclaré quelques jours auparavant, sans cause connue. Des sangsues furent appliquées à deux reprises sur la région duodénale et ne parurent produire aucun effet. On continua longtemps un régime sévère sans résultat; alors, le 27 janvier 1834, on lui donna deux grains de calomel dont on porta successivement la dose à six grains. Le 30 janvier, la coloration de la peau disparut; le malade avait deux ou trois selles par jour et mangeait les trois quarts. Le 1er février, il était entièrement guéri et put sortir de l'hôpital.

Il faut tenir compte ici du climat natal du malade, de son tempérament lymphatique et peut-être aussi de ses imprudences en alimentation, car la diète est ce qu'il y a de moins supportable au monde pour un Alsacien.

Nous allons rapporter une observation d'ascite qui ne nous paraît pas sans intérêt.

Ascite suite de dysenterie. Observation recueillie par M. WORBE, *chirurgien surnuméraire.*

Au numéro 22 de la salle 4 est couché un garde municipal à cheval, âgé de trente six-ans, d'une constitution robuste et d'une taille de 5 pieds 9 pouces, appelé Baudin, atteint de dysenterie; il entra au Val-de-Grâce le 14 novembre 1833; guéri en peu de jours, il en sortit le 1er décembre, par suite de ses instances et beaucoup plus tôt qu'on ne l'aurait voulu. Quelques jours après, il sentit une pesanteur dans le ventre et des gargouillemens continuels. Il voulut continuer son service, mais en fut bientôt empêché par la pesanteur et la grosseur de son ventre; et il rentra le 16 janvier à l'hôpital. Son visage était pâle et décharné; ses yeux creux et enfoncés; ses traits alongés; la langue était blanchâtre, le pouls lent, mais régulier: le malade était très faible; les urines étaient assez roses, l'abdomen était énorme, distendu en tout sens et dur au dernier degré, depuis la région xiphoïdale jusqu'à la région vésicale; les cuisses, les jambes et les pieds, étaient aussi enflés; les jambes moins que les cuisses et plus que les pieds.

Le 17, lendemain de son entrée, la percussion avec la main fit distinguer une fluctuation manifeste, et, avec le plessimètre, un son mat ou humorique, excepté à la région moyenne où existait un son tympanique; le ventre, qui dépassait de beaucoup les fausses côtes, mesuré avec un fil, avait deux pieds onze pouces de circonférence à la région épigastrique, et deux pieds dix pouces un peu au-dessous de l'ombilic. La diète fut prescrite; l'eau gommeuse fut donnée pour boisson; dix sangsues furent appliquées à la partie supérieure de l'ombilic et dix autres au-dessous. Un large cataplasme recouvre tout l'abdomen. Le malade se plaint de la faim, et prétend que son estomac n'est point malade.

Le 18, le ventre et les membres inférieurs n'ont pas diminué, mais la tension du ventre et le sentiment pénible qui l'accompagne ont diminué.

Le 19, même état, même régime. Dix sangsues sont appliquées au côté gauche de l'ombilic et dix au côté droit. Les piqûres des sangsues ont peu saigné; l'épiderme était couvert de petits boutons blancs; sentiment de soulagement. Un cataplasme couvre tout l'abdomen.

Le 20, le malade demande à manger; un bouillon de veau lui est prescrit.

Les 21 et 22, même régime et même état du malade.

Le 23, le ventre paraît augmenté; le bouillon de veau est retranché.

Le 24, l'eau gommeuse est remplacée par le chiendent nitré.

Le 25, une potion de dix grains de nitrate de potasse est ordonnée. Le lendemain, cinq grains de plus; les urines

sont un peu plus abondantes que de coutume, les jours suivans, même régime; à chaque visite la dose de nitrate de potasse est augmentée de cinq grains

Le 30, les urines sont très abondantes, le malade est bien mieux et demande que ses alimens soient augmentés. Les jambes et les pieds sont tout-à-fait désenflés. Le ventre, quoique encore très gros, l'est beaucoup moins. La potion est prise à la dose de quarante-cinq grains.

Le 4 février, la potion est de soixante-cinq grains. Le malade est assez bien quoique constipé.

Le 5, la potion fut suspendue; un purgatif fut donné au malade; le ventre était alors diminué d'un pouce à la partie supérieure, et d'un pouce trois lignes à la partie inférieure. Les cataplasmes furent toujours maintenus sur l'abdomen, et l'alimentation fut augmentée en proportion de la faim du malade. Le ventre diminuait et chaque jour le son humoral devenait moins sensible. Le malade avait repris un peu de force, son visage était plus plein et ses traits plus réguliers; les cuisses étaient tout-à-fait désenflées.

Le 9, la potion de nitrate de potasse fut reprise à la dose de vingt-cinq grains en augmentant de dix grains jusqu'a la dose de soixante-dix grains; l'effet n'en avait point été aussi marqué que la première fois; les urines étaient en moins grande quantité.

Le 18, la potion fut suspendue; deux gros de nitrate de potasse sont mis dans la tisane de chiendent.

Le 19, les bains de vapeurs sont ordonnés.

Le 20, le malade est très bien.

Le 25, le ventre mesuré de nouveau, n'avait que deux pieds neuf pouces de circonférence à la partie supérieure, et deux pieds sept pouces et demi à la partie inférieure. La percussion rendait seulement un son humoral très faible; le malade est aux trois quarts le matin, demie le soir. Les cataplasmes sont toujours appliqués sur l'abdomen; les bains de vapeurs sont continués, les deux gros de nitrate de potasse sont toujours mis dans la tisane de chiendent. Un fait à noter, c'est que, pendant le cours de cette maladie, les cataplasmes étaient imbibés d'eau lorsqu'on les retirait du ventre.

Le 1er mars, Baudin était convalescent et n'avait plus besoin que de réparer ses forces. Les urines étaient telles qu'elles étaient avant sa maladie. Le malade est mis aux trois quarts. La tisane est toujours continuée jusqu'au 15, jour de sa sortie, deux mois après son entrée; ainsi nous voyons que cette hydropisie de l'abdomen, des cuisses, des jambes et des pieds, qui fit croire un instant la ponction nécessaire, fut guérie en moins de deux mois. Le ventre mesuré avant de partir offrait une circonférence de deux pieds huit pouces à la partie supérieure, et de deux pieds six pouces trois lignes à la partie majeure; il avait donc diminué de trois pouces en haut et de près de quatre pouces au milieu. Avant de permettre au malade de sortir, on exerça la percussion avec le plessimètre, en ayant soin de faire placer alternativement le malade sur le côté gauche, puis sur le côté droit, et le son resta toujours le même; ce qui indiquait que l'épanchement était totalement résorbé; d'ailleurs, la percussion avec la main ne faisait plus distinguer de fluctuation.

L'ascite n'était point ici l'effet d'une péritonite, c'était une véritable hydropisie du péritoine, mais une hydropisie active; nous avons eu d'autres exemples d'épanchement dans la cavité péritonéale, mais c'était suite de péritonite, et il y avait complication de tumeurs mésentériques.

Dans notre nécrologe, figurent cinq affections simples des organes digestifs, dont quatre gastro-entéro-colites et une péritonite chronique. Les sujets des quatre premières maladies ont succombé, trois au bout de deux mois et plus, le quatrième au bout d'un mois; celui de la péritonite, au septième mois. On voit par-là que si nous n'avons pas pu guérir toutes nos gastro-entérites aiguës, du moins nous sommes toujours parvenus à enrayer la violence du mal et à prolonger les jours du patient; et il n'est pas inutile de noter que de ces quatre malades, deux sont arrivés à convalescence, et sont retombés plusieurs fois par suite d'imprudence dans leur régime. Le sujet atteint de péritonite chronique, est celui dont nous avons parlé dans notre avant dernier rapport, le numéro 25 de la salle 2, nommé Lattre, qui avait une tumeur dans la région iliaque droite, tumeur que nous présumions siéger dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et être formée d'un tissu blanc albumineux, que nous avions cherché à résoudre par le calomel à l'intérieur; mais bien vainement, car une salivation des plus violentes nous arrêta. L'autopsie est venue confirmer notre diagnostic; la tumeur était située dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, était formée de matière caséiforme; quant au péritoine, il était épaissi, noirâtre, glutineux, comme cartilagineux, et les intestins tellement agglutinés qu'il fut impossible de les séparer.

D'un autre côté, nous comptons sept phlegmasies des organes digestifs, compliquées d'inflammation des organes respiratoires, qui sont devenues mortelles, une au dix-septième jour, une au vingt-quatrième, une au vingt-sixième, et quatre après un mois et quelques jours. On voit par-là, que cette complication a rendu les phlegmasies beaucoup plus graves et plus promptement funestes; j'ajouterai que, chez ces sept malades, la pleurite ou la pneumonite se sont déclarées consécutivement, et n'existaient point lors de leur entrée à l'hôpital.

Je vais maintenant passer rapidement en revue les autres maladies, en ne m'arrêtant qu'à celles qui mériteront quelques remarques.

Adénites. J'ai eu plusieurs bubons, suites de chancres, et quand le traitement antiphlogistique ne pouvait plus réussir à les faire avorter, lorsque l'acuité de l'inflammation était tombée, que le bubon était devenu indolent, je me suis beaucoup mieux trouvé, pour les ouvrir, de la potasse que du bistouri; j'ai eu de cette vérité plusieurs exemples éclatans. Le numéro 24, salle 4, présentait un énorme bubon que l'on ouvrit avec le bistouri, quand on crut le moment arrivé; la plaie languit, et bientôt la glande même forma une énorme saillie au milieu de l'abcès; un de MM. les aides-majors du Val-de-Grâce l'enleva fort habilement avec le bistouri, et la plaie fut encore longue à se cicatriser. A la même époque, au commencement de février, deux autres malades, les numéros 29 et 32 de la même salle, présentaient aussi de forts bubons de même nature; j'y fis appliquer la potasse caustique, une plaie superbe suivit la chute de l'escarre, et la cicatrisation marcha rapidement, avec plus de quinze jours de différence au moins pour ces der-

niers. Le numéro 23, même salle, nous présenta un phénomène curieux ; il avait deux bubons volumineux, celui de gauche paraissait le plus avancé, le plus enflammé, et offrait même une fluctuation profonde ; celui de droite avait au contraire beaucoup de dureté ; d'après cela, je fis appliquer sur le premier des cataplasmes, et sur le second, un emplâtre de vigo *cum mercurio*. On croira peut-être que celui-ci parvint à se résoudre, tandis que l'autre arriva à la suppuration. Point du tout, l'inverse eut lieu, et nous obtinmes la résolution de celui qui était déjà fluctuant, et la suppuration de celui qui était dur et sans fluctuation.

Nous avons essayé la compression sur les bubons indolens, mais nous n'avons point encore assez de faits pour nous prononcer à cet égard.

Angines, vingt-quatre. Plusieurs ont été très-violentes, avec imminence de suffocation, et les scarifications sur la luette et les amygdales ont efficacement secondé les saignées générales et les applications de sangsues au cou.

Congestions cérébrales. Six malades se sont présentés avec des signes de congestions cérébrales, et n'ont offert aucune gravité ; mais deux d'entre eux (salle 4, lit 30 et salle 7, lit 76), entrés en même temps, au commencement de mars, avaient cela de particulier, que la douleur congestive n'existait que d'un seul côté de la tête, sans aucun signe de névralgie ; elle fut enlevée chez tous deux, comme avec la main, par une application de sangsues à la tempe du côté malade.

Érysipèle. Nous en avons eu plusieurs, bien qu'il n'y en ait qu'un marqué sur le relevé ci-dessus, mais ils se sont déclarés durant le cours d'autres maladies ; un seul a été grave, chez un sujet déjà fort affaibli par une épistaxis des plus abondantes.

Fièvres intermittentes, vingt-neuf. Elles ont été nombreuses, car ce nombre de vingt-neuf doit être augmenté de celles qui se sont déclarées chez quelques malades après leur entrée ; au mois de mars, elles ont été fort irrégulières, changeant souvent de type, et déroutant les prévisions du médecin. L'une d'elles a offert le type double quarte ; il y avait un jour d'apyrexie et deux jours d'accès consécutifs. Le sulfate de quinine, en lavement, en a fait assez facilement justice. Nous avons continué nos essais de salicine, nous en donnerons plus tard les détails ; jusqu'ici, il nous semble résulter des faits que nous avons observés, que la salicine est réellement fébrifuge, mais beaucoup moins sûr que le sulfate de quinine.

Lumbagos ; quatre. De ces quatre lumbagos, deux méritent d'être notés ; l'un (salle 7, lit 40), datait de quatre mois, et s'est montré fort rebelle aux applications de sangsues et de moxas ; les bains de vapeur ont cependant paru faire beaucoup de bien, et le malade, qui maintenant peut marcher et se tenir droit, n'éprouve plus guère de douleur, que par les changemens atmosphériques. L'autre (salle 2, lit 13), paraissait siéger dans le tissu fibreux intervertébral, entre la deuxième et la troisième vertèbre lombaire, et dans l'apophyse épineuse de cette dernière, qui était remarquablement tuméfiée et douloureuse à la pression ; nous y fîmes appliquer d'abord quarante sangsues à la fois, le premier jour ; puis, quatre par quatre jusqu'à vingt-quatre, le second jour ; puis, quatre encore par quatre jusqu'à douze, le troisième jour ; et la maladie fut radicalement enlevée. Ce succès, je l'avoue, dépassa notre attente.

Rougeoles, six. Une d'elles fut mortelle au onzième jour, et nous montra, à l'autopsie, une violente congestion sanguine des voies respiratoires, et une gastro-duodénite d'une vive acuité, avec injection périphérique de l'encéphale. Des cinq autres rougeoles, trois ont été très-violentes ; mais heureusement modérées par les antiphlogistiques.

Varioles, quatre. Deux fois la maladie débuta par les signes d'une gastro-entérite ordinaire ; tels furent au moins les symptômes que nous notâmes le premier jour, et le second, nous apercûmes l'éruption qui commençait à poindre. Nous n'avons point ouvert le varioleux qui a succombé.

Syphilis, uréthrites. Nous ne dirons rien des blennorrhagies ordinaires, mais nous rapporterons l'histoire d'un garde municipal, qui, étant atteint d'une blennorrhagie, fut pris de rétention d'urine, accompagnée d'accidens graves.

Rétention d'urine, à la suite d'une gonnorrhée, et occasionnée par une tumeur vésico-prostatique. Observation recueillie par M. WORBE, chirurgien surnuméraire.

Doriencert, garde municipal à pied, âgé de trente-un ans, est entré à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, le 18 février 1834, salle 4, lit 29 ; atteint d'une rétention d'urine. Le malade avait une gonorrhée depuis quinze jours ; il n'avait, jusque-là, suivi aucun traitement ; il était le 18 février dans un cabaret à boire, lorsqu'il fut pris, comme par un coup de foudre, de douleurs violentes vers la vessie, aussitôt suivies d'une rétention d'urine, et de la cessation de l'écoulement blennorrhagique. Les douleurs étaient tellement vives, qu'on fut obligé de porter Doriencert la nuit même à l'hôpital. Là, une application de quinze sangsues au pubis, et de quinze au périnée, fut faite immédiatement. Le malade ne put prendre aucun repos pendant la nuit ; il fut obligé d'être continuellement levé, et de se promener, ne pouvant rester dans son lit ; c'était seulement lorsqu'il était debout et en marchant, qu'il éprouvait quelques soulagemens, et quelques gouttes d'urine pouvaient couler à terre. Le lendemain 19, les douleurs n'avaient point diminué. La vessie était très-distendue et douloureuse, formant une forte tumeur à l'hypogastre. Un chirurgien, sous-aide, essaya de le sonder, et ne put y parvenir. M. C. Broussais, ayant introduit le doigt dans l'anus, constata que la sonde s'arrêtait à la prostate, où elle rencontrait un obstacle insurmontable ; il sentit très-distinctement un corps dur et aussi volumineux qu'un œuf de poule, qui s'opposait à son passage dans la vessie, et occupait toute la région de la prostate. Le malade souffrait horriblement pendant l'opération. MM. les chirurgiens en chef et aides-major touchèrent

cette tumeur, et la trouvèrent très-volumineuse. Alors, on comprit la persistance de la rétention d'urine, la gêne qu'éprouvait le malade en allant à la selle. Trente sangsues furent appliquées au pubis, et trente au périnée. Une saignée de seize onces fut aussi pratiquée le même jour. Des bains entiers et des bains de siége furent prescrits. Dorienceert resta dix heures dans les bains le même jour. Des lavemens furent ordonnés dans l'intervalle. La diète fut observée, la limonade fut donnée pour boisson. Le 20, bien que le malade ait un peu dormi, il souffrait pourtant un peu moins. Nouvelle application de trente sangsues au pubis, et de trente à l'anus; bains et lavemens.

Les urines coulaient encore très-difficilement et en très-petite quantité non pas à plein jet, et seulement lorsque le malade était debout. Les lavemens avaient produit quelque effet, mais la tumeur était toujours restée la même; elle ne lui causait aucune douleur par elle-même, mais cette rétention d'urine le faisait souffrir horriblement.

Le 21, même régime; il urine plus facilement; les bains lui font éprouver un soulagement notable.

Le 24, le malade remplissait d'urine son pot deux ou trois fois par jour; il avait faim, il eut du lait; les jours suivans, on augmenta ses alimens. La gonorrhée, qui s'était supprimée aussitôt la rétention d'urine, reparut, mais très-faible, puisqu'il fallait presser avec le doigt, pour humecter le méat urinaire.

Le 11 mars, on appliqua cinq sangsues, à la fossette naviculaire à la base du gland.

Le 12, à la suite des sangsues, les petits picotemens que le malade éprouvait en urinant, et après avoir uriné, avaient cessé; l'urine coulait facilement et à plein jet, mais le gland et le prépuce sont enflés. Des fomentations émollientes et des bains de mauve, suffisent pour dissiper ces engorgemens.

Le 14, le malade va très-bien, la tumeur est en grande partie disparue; depuis plusieurs jours, le malade est aux trois quarts.

Le 15, la tumeur et la gonorrhée sont tout-à-fait disparues, ainsi qu'il fut constaté par MM. les chirurgiens de l'hôpital; le malade continue à prendre des bains et toujours la même tisane.

Le 17, il rendit son billet, et le 18 il sortit de l'hôpital parfaitement guéri.

Voilà encore un cas dans lequel le succès a dépassé notre attente, et où les antiphlogistiques ont triomphé d'une manière éclatante. C'est au contraire, le traitement spécifique qui a fait merveille chez le nommé Vaillant, garde municipal (salle 4, lit 24), qui présenta un cas absolument semblable à celui de Moinet, rapporté dans notre précédent rapport. Il s'agit d'une fissure à l'anus, de nature syphilitique, guérie par le traitement mercuriel.

Application des principes de la médecine physiologique au traitement des affections syphilitiques, en Égypte, par L. LABAT, D. M.

Ainsi que je l'ai indiqué dans mon rapport sur l'organisation médico-chirurgicale de l'hôpital d'Abou-Zabel, en Égypte, la base de la thérapeutique, généralement adoptée par les médecins attachés au service de Méhémed-Aly, se ressentait d'un mélange de brownisme et des nombreuses spécialités morbides, que nous avaient léguées les écoles du moyen-âge.

Par une tendance facile à expliquer, cette doctrine mixte et doublement meurtrière, surtout dans un climat très-chaud, fut appliquée d'une manière plus exclusive encore au traitement des affections vénériennes. Les mercuriaux, sous toutes les formes, y étaient employés pour combattre la syphilis dite constitutionnelle, et pour traquer tous ses symptômes partout où ils se présentaient. Les malades devaient être saturés de mercure à l'intérieur; les absorbans cutanés devaient aussi coopérer puissamment à cette *introïsation* mercurielle. Nul doute que si l'on eût pu imaginer un appareil propre à faire respirer ce médicament, voir même homœopathiquement, ces confrères d'outre-mer auraient naturellement admis la conséquence de ce moyen curateur.

Pour compléter l'œuvre, ils adjoignaient à toutes ces préparations mercurielles des tisanes amères, soi-disant sudorifiques, et grand nombre d'autres drogues plus ou moins excitantes, dont ils croyaient avoir constaté les merveilleux effets dans le traitement de la syphilis; tels que le camphre, l'opium, etc. Fort heureusement que la sobriété naturelle des Arabes et leur habitude de prendre des bains tièdes aussi souvent et aussi long-temps qu'ils le peuvent, remédialent à une partie de ces inconvéniens. Quant aux médecins brownistes, ils paraissaient ignorer les puissans avantages que l'on peut retirer d'une diète sévère et du repos absolu, au début des blennorrhagies, des bubons et autres affections analogues; à plus forte raison, devaient-ils méconnaître l'heureuse influence d'un régime alimentaire doux et léger dans le traitement des affections vénériennes chroniques. Pour ce qui est des antiphlogistiques directs, comme la saignée et les sangsues, ils se seraient bien gardés de les adopter au nombre des principaux moyens thérapeutiques applicables à ce genre de maladie; ils en étaient détournés par la crainte d'affaiblir l'organisme, qui avait à lutter contre l'action destructive du virus syphilitique, et par la frayeur, plus ridicule encore, de nuire à l'heureuse modification spéciale qu'ils attendaient des mercuriaux.

Arrivé en Égypte vers la fin de l'années 1824, et chargé peu de temps après de la direction générale du service médico-chirurgical de l'hôpital d'*Abou-Zabel* et de l'armée de *Kanka*, je m'empressai de faire adopter un traitement anti-vénérien basé sur l'emploi des antiphlogistiques généraux et locaux, sauf à recourir ensuite, s'il en était besoin, à l'usage des mercuriaux donnés à très-petites doses, pour obtenir certaines modifications de l'état morbide qui, dans nombre de cas, me paraissaient avoir secondé les bons effets des évacuations sanguines et des applications émollientes.

Voici quel fut le traitement général que je commençai par établir dans les salles des vénériens officiers, qui étaient sous ma direction spéciale.

Au début de la maladie, qui commençait presque toujours par une blennorrhagie, un bubon ou des chancres, je prescrivais le plus souvent possible les saignées locales, de

préférence à la saignée générale, à moins d'avoir à faire à un tempérament sanguin fortement prononcé (1).

Les bains tièdes souvent répétés et long-temps prolongés, les applications émollientes, la tisane d'eau gommée et acidulée avec quelques gouttes de citron, les lavements de décoction de graines de lin, le régime sévère et parfois même la diète absolue, le repos et l'obligation de se couvrir toujours assez, durant la nuit, pour maintenir une moiteur continuelle à la peau, constituaient la thérapeutique qui me parut la plus convenable à ce genre de maladie, surtout dans ce pays chaud où tous les viscères sont éminemment irritables, surtout ceux de la digestion.

Dans la plupart des cas, le mal guérissait sans que je fusse obligé de recourir à l'emploi d'aucun autre mode de traitement. Néanmoins, par extrême précaution, ou peu-être parce que je ne pouvais me soustraire complétement a l'idée qu'il était prudent d'employer un peu de mercure pour détruire un reste de virus syphilitique qui pouvait être caché dans l'économie, je soumettais quelques-uns de mes malades, avant leur sortie de l'hôpital, à des frictions d'onguent mercuriel et à l'usage de quelques pilules de mercure doux (proto-chlorure de mercure).

En général, lorsqu'après avoir suffisamment combattu l'état inflammatoire, le malade n'éprouvait qu'une amélioration insuffisante, qui ne semblait pas promettre une prochaine et entière guérison, je prescrivais alors, conjointement avec les émolliens, les pilules de calomélas et l'application d'un demi-gros d'onguent mercuriel que je faisais placer dans le creux de l'aisselle, le soir, peu de temps avant l'heure où le malade était supposé devoir s'endormir (2).

Aussitôt que je m'apercevais d'une sur-excitation générale ou locale causée par le traitement mercuriel, je le suspendais complétement, et me bornais au simple emploi des antiphlogistiques, qui presque toujours obtenaient en dernier résultat la guérison parfaite et durable de tous les vénériens.

On ne saurait trop le répéter, dans les climats très-chauds, tels qu'en Égypte, en Syrie et dans les Antilles, les affections vénériennes doivent leur caractère de bénignité à la sobriété naturelle de ces peuples, à l'usage fréquent des bains et surtout aux transpirations abondantes. C'est du moins ce que j'ai observé pendant mon séjour dans ces pays. La syphilis y est tout aussi fréquente qu'en Europe, mais elle y est de moins longue durée et rarement mortelle.

Il m'est fréquemment arrivé à l'hôpital d'Abou-Zabel, de convertir un chancre rongeant en une plaie simple, soit par une incision ou excision, soit par une simple cautérisation pratiquée avec le nitrate d'argent ou avec la potasse. Le repos les émolliens et une position convenable suffisaient ensuite pour obtenir une rapide cicatrisation.

M. Clot-Bey, qui depuis cette époque (mai 1825), a été chargé du service général de santé des armées de Mohamed-Aly, a donné plus d'extension et un développement plus complet à ce mode de traitement des affections vénériennes : il l'a généralisé dans presque tous les cas de cette nature, et en obtient tous les jours de très-heureux résultats. Adepte éclairé de l'école physiologique, il en a propagé les doctrines dans toutes les branches de l'enseignement et de la pratique médicale de l'école d'Abou-Zabel.

Les malades, soit par instinct, soit par raisonnement des faits dont ils ont été témoins, éprouvent maintenant une telle aversion pour le traitement stimulant et mercuriel, qu'ils ne se soumettent qu'avec une difficulté extrême à l'emploi ou à l'essai de ces moyens. Nul doute que cette heureuse amélioration, apportée dans le traitement des maladies vénériennes, aura fini par se généraliser dans tout le reste de l'Égypte, et que tôt ou tard, sous la double influence d'un mode de traitement aussi rationnel et d'un climat qui tend sans cesse à atténuer l'intensité de ce genre d'affections, la syphilis finira par y revêtir un caractère bien moins effrayant que celui qu'elle paraissait avoir précédemment.

En résumé, à dater de l'adoption de ce mode de traitement par la plupart des chirurgiens au service du vice-roi d'Égypte, le nombre des vénériens a été de moitié moins considérable, tant dans les hôpitaux que dans les ambulances. La raison en est facile à donner; c'est que les malades sont plus promptement et plus radicalement guéris qu'auparavant.

---

(1) Quoique l'hématose soit naturellement riche et abondante dans ces climats, en dernier résultat la constitution sanguine y prédomine moins que dans nos pays tempérés, vu l'abondante et continuelle transpiration qu'éprouvent les habitans de l'Égypte. Comme l'a fait remarquer Volney, cette sueur est devenue pour eux une nécessité, un besoin indispensable pour le maintien de leur santé. « Lorsque deux habitans du Caire se rencontrent, ils se demandent. *Comment suez-vous ?* ce qui correspond à notre phrase banale : *Comment vous-portez-vous ?* »

(2) Il est presque inutile de dire qu'après avoir placé l'onguent mercuriel dans le creux de l'aisselle, je faisais fixer le bras contre le thorax au moyen d'une serviette ou d'un mouchoir.

Fausse alerte de choléra-morbus asiatique.

Le bruit s'est répandu dans Paris que plusieurs cas de choléra-morbus s'étaient manifestés ces jours derniers. D'après les renseignemens positifs qu'a fait prendre l'autorité, et ceux que nos fonctions de secrétaire de la commission de salubrité du quartier, faubourg Saint-Germain, nous permettent de recueillir, nous pouvons assurer que ces craintes ne sont nullement fondées. Ni dans les hôpitaux civils et militaires de la capitale, ni dans aucun des journaux scientifiques, il n'est maintenant question de choléra-morbus asiatique bien constaté.

Nous avons lieu de présumer que la profonde impression de terreur qu'a laissé, après elle, la cruelle épidémie de 1832, aura fait prendre au public, et peut-être même à quelque confrère peu circonspect, divers cas de choléra sporadique, ou de typhus cholériforme, pour de véritables

choléras asiatiques (1). Encore une fois, nous le répétons, aucun cas de cette maladie, avec son caractère tranché tel que nous l'avons si souvent observé, n'a été constaté et n'autorise à croire au retour d'une prochaine invasion de l'épidémie. L. L.

Moyen très-simple pour propager les cocons, reconnus propres à la reproduction des sangsues; par MM. LIVET et ANTHOINE, pharmaciens à Dreux et aux Batignolles, barrière de Clichy à Paris.

La formation des cocons a lieu au commencement du mois de juillet. Il faut, à cette époque, disposer un baril haut de vingt à vingt-quatre pouces, large de deux pieds environ; le placer sur un trois-pieds, y pratiquer au fond six à huit ouvertures de six lignes de largeur, qu'on fermera avec des bouchons de bois. On mettra dans toute la largeur du fond un lit mince de jonc, et une autre couche de trois pouces d'épaisseur, d'un mélange fait avec un quart de charbon pulvérisé et lavé, et les trois quarts de sable, qu'on humectera avec l'eau pour faire une pâte à l'état demi-mou, placez ensuite dessus une assiette vernissée de dix pouces de circonférence et de trois à quatre de hauteur; étendez un pouce de sable avec charbon un quart, et un ou deux pouces d'eau, deux à trois pierres de six à sept pouces pour supporter un couvercle un peu plus large que l'assiette, et mettez y à l'entour trois à quatre pouces de longue mousse que l'on trouve dans les bois. Le tout étant bien disposé, l'on peut y déposer quatre ou cinq cents grosses sangsues, les premiers jours de juillet, et on les recouvre d'une grosse toile. Cette opération terminée, on les place dans une chambre à une température ordinaire, si l'on veut seulement avoir des cocons pour les mettre dans des étangs. On aura cependant l'attention de les arroser légèrement tous les trois à quatre jours et de renouveler l'eau de l'assiette, comme aussi de déboucher les ouvertures du fond du baril pour en laisser égoutter l'eau excédante.

Mais si l'on veut favoriser soi-même le développement des sangsues, il sera bon d'exposer le baril au soleil et d'arroser la mousse tous les un ou deux jours en suivant les préceptes indiqués. Le développement des sangsues aura lieu quatre ou six semaines après la formation des cocons, et chacun d'eux produira de cinq à neuf sangsues, qui sortiront par l'extrémité la plus pointue du cocon; d'abord rouge, la sangsue, après quelques jours, prendra la couleur ordinaire de son espèce.

---

(1) C'est pour prévenir autant que possible les erreurs, de cette nature, qui peuvent mettre toute une population en émoi, que nous avons publié dernièrement un parallèle du choléra-morbus sporadique et du choléra asiatique.

BIBLIOTHÈQUE

HOMOEOPATHIQUE.

JUIN 1834.

RÉSUMÉ

Des observations lues, par M. LE Dr CONVERS, *de Vevey, à la réunion de la société homœopathique Lémanienne, le* 15 *mai.*

—

Première observation.

Mme Visinand, marchande épicière à Vevey, me fit appeler le 19 septembre pour la guérir d'un catarrhe aigu de la poitrine, qui céda au bout de trois ou quatre jours à *aconit, ipécacuanha, scilla* et *seneka*. Elle avait éprouvé, deux ans auparavant, de si vives douleurs à la tête, que le souvenir la faisait encore frémir; sangsues, saignées, vésicatoires, opium, tout était demeuré sans effet (elle était à Paris): enfin, son médecin lui appliqua le marteau bouillant sur la tête, à divers endroits; elle se trouva soulagée, mais il fallut répéter trois fois cette opération, avant qu'elle fût débarrassée de ces affreuses douleurs qui la mettaient hors d'elle-même, et à la suite desquelles son œil devenait noir et rapetissé.

Le 2 octobre, Mme V. reprit ses douleurs à la tête. Je la vis, et elle me dit en fondant en larmes qu'elle se regardait comme perdue si son ancien mal la reprenait et qu'on fût obligé de lui faire subir l'opération du marteau. Depuis deux jours, le mal de tête commençait à sept heures du matin et durait jusqu'à deux; ce troisième jour, elle souffrait davantage, et dans ce moment, il lui semblait qu'on lui arrachait l'œil droit. J'avais soigné, quelques jours auparavant, une douleur sus-orbitaire périodique avec *china*, qui avait parfaitement réussi (sur F. Forestier, menuisier). Je fis prendre à Mme V. deux globules de *china;* deux heures après, je fus rappelé, et je trouvai cette dame dans son lit échevelée, les yeux baignés de pleurs et poussant les hauts cris par les souffrances qu'elle éprouvait dans la tête. Je fis dissoudre quatre globules *arsenic* dans une cuillerée d'eau, qu'elle avala aussitôt; une heure après, les douleurs devinrent supportables jusqu'à deux heures; le soir, je donnai de nouveau deux globules *arsenic;* le lendemain, les douleurs avaient diminué, et le jour après elles cessèrent entièrement, tout était rentré dans l'ordre accoutumé.

L'*arsenic* m'a rendu le même service chez Mme R., qui éprouvait une douleur horrible, fixée sur la gencive au-dessus des dents incisives supérieures, et qui la privait de tout sommeil. On avait déjà appliqué deux sangsues, mais inutilement. Je donnai deux globules *arsenic*, et deux autres vingt-quatre heures après. Une heure après la première poudre, le mal s'était amendé, et le lendemain il avait complétement disparu.

Deuxième observation.

Le docteur BIGEL cite, à l'article *safran*, une cure opérée par ce remède dans une hémorrhagie nasale chez un enfant. J'ai vu le même fait se répéter chez l'enfant Michaud, qui avait saigné depuis le matin jusqu'au soir, lorsqu'on m'appela; je le trouvai pâle et extrêmement affaibli; toutes les applications pratiquées en pareil cas avaient été inutiles. Je lui donnai trois globules *crocus;* dans la nuit, environ à onze heures, on vint me chercher, disant que l'enfant allait mourir, qu'il saignait plus fort que jamais. Je renvoyai la mère désolée chez elle, en l'assurant qu'elle trouverait le malade mieux, sinon qu'elle me ferait chercher. La nuit se passa sans que l'on revînt; le sang s'était arrêté comme je l'avais dit, l'enfant avait repris sa gaîté, et sa pâleur diminua de jour en jour.

Troisième observation.

Je citerai deux cas de l'effet merveilleux de *stannum* dans les vomissemens de sang.

Mme Scheurer est devenue enceinte après sept ans de mariage. Elle était dans son troisième mois quand elle se fit saigner, parce qu'elle avait le goût de sang à la bouche. Un mois après cette saignée, elle fut réveillée par un vomissement qu'elle reconnut être du sang; toute la matinée elle en vomit par intervalle. On me fit appeler; je trouvai un crachoir et une cuvette à moitié pleins de sang écumeux et rouge. Je donnai *stann.*, en annonçant qu'il surviendrait encore un vomissement, lequel serait le dernier; ce qui eut lieu à la lettre. Depuis lors, elle n'a pas vomi jusqu'au septième mois, qu'elle me rappela pour lui faire une nouvelle saignée. Je lui fis observer que la première fois elle avait été guérie par une poudre, qu'il fallait donc en reprendre une; mais elle me dit: que voulez-vous qu'un aussi petit remède produise sur un gros corps comme le mien? je veux être saignée, l'on verra après ces remèdes d'enfans. La sage-femme lui fit donc une saignée qui ne diminua aucunement le vomissement sanguin. Elle envoya alors demander la poudre; mais cette fois-ci, ce n'est qu'à la troisième dose de *stann.* que le mal céda.

C.

Quatrième observation.

Chez le nommé Louis Cardenaux, portefaix à la douane, des vomissemens de sang survenaient chaque année. Je pense qu'il avait une disposition à l'hémoptysie, ou peut-être un commencement d'hypertrophie du cœur ou d'un gros vaisseau. Cet homme, fort et robuste, était sujet aux hémorrhagies pour lesquelles je l'avais soigné précédemment. Il fut pris d'une grande chaleur et d'une forte fièvre le soir en allant se coucher. Pendant la nuit, il vomit beaucoup de sang; le lendemain matin, sa femme vint me consulter. Je commençai par *aconit*, qui fit de suite du bien; puis je donnai *stann.* à plusieurs reprises qui arrêta les vomissemens. Il survint une légère inflammation du poumon avec de la toux, pour lesquels je donnai *bryon*, *ipécacuanha*, et en dernier lieu, *seneka*. Cet homme a repris ses travaux pénibles et se porte bien maintenant.

Cinquième observation.

Une fille de cuisine de l'hôtel des Trois-Couronnes à Vevey, à la suite d'un refroidissement, prit des coliques épouvantables : cette fille, grasse et fraîche à midi était comme un spectre le soir, sa face était grippée et pâlie par l'excès de la douleur. Pour la réchauffer, on lui avait donné du café à l'eau avec de l'eau-de-vie, appliqué des linges chauds sur le ventre et donné plusieurs lavemens qui ne ressortaient pas. Je lui donnai *aconit*, qui ne fit ni bien ni mal; puis *dulcam.*, qui n'opéra aucun effet; enfin *coloc.* qui enleva le mal et les douleurs, comme par enchantement et sans retour.

Un second exemple s'est montré, il y a à peu près un mois, dans le village de Chardonne sur la sage-femme Morel, prise de douleurs excessives dans le ventre. Arrivé auprès de la malade, je reconnus une inflammation violente de la muqueuse intestinale; le ventre était tellement douloureux qu'elle ne pouvait supporter aucune application, elle restait découverte, le drap même étant trop pesant. A toutes mes questions, elle ne répondit que par des gémissemens; les envies de vomir étant très-fortes, je commençai par *antim. tart.*, qui répondit très-bien, je laissai une dose *coloc.* qui fut administrée quatre heures après. Aussitôt la malade vit cesser ses douleurs, à la grande surprise des assistans.

Sixième observation.

Plusieurs inflammations de poitrine avec crachemens de sang, points de côté, respiration gênée, ont trouvé leur guérison, le deuxième et troisième jour, au moyen d'*aconit*, *bryon.*, *puls*, *arnica*. Mais chez d'autres, j'ai vu *aconit* manquer complétement; sous sa médication, tous les symptômes inflammatoires augmentaient de violence; certainement le malade serait mort sans le secours de la saignée.

Louis Gilliéron, vigneron à Vevey, eut, il y a une année, une inflammation de poitrine, traitée par l'ancienne méthode; rien n'avait pu enlever l'oppression et les points pleurétiques, après d'abondantes saignées, que l'application du marteau. Cette année, il a repris la même maladie, à peu près à la même époque. J'ai commencé par *aconit* répété de quatre en quatre heures. La maladie allait, au bout de vingt-quatre et trente-six heures, toujours en empirant; je donnai *bryon.* et *puls.*, qui n'eurent aucun effet; le pauvre malade était suffoqué; il me demanda en grâce de lui tirer du sang sous peine de le voir expirer; je ne pus le lui refuser, et à mesure que le sang coulait, il sentait sa poitrine soulagée. Il avait en outre un violent mal de tête. Après la saignée, *aconit* fit merveille. Je le croyais guéri, lorsqu'il eut un redoublement de maladie presque pire que la première. Je donnai *aconit* à plus forte dose sans résultat heureux; je persistai dans son emploi, mais je fus convaincu de son inefficacité et obligé de revenir à la saignée, après laquelle deux doses de *bryon.* amenèrent la guérison.

Est-ce que l'inefficacité de la méthode homœopathique, dans ce cas-là, peut être attribuée à la violence de la maladie chez un sujet pléthorique et vigoureux, chez lequel la maladie précédente n'avait pas pu être arrêtée sans un révulsif extérieur d'une grande violence, ou bien l'*aconit* n'est-il pas un remède assuré pour remplacer l'émission sanguine dans tous les cas? C'est ce que l'expérience nous apprendra; mais celle que j'ai acquise jusqu'à ce jour, et les faits que plusieurs de mes confrères m'ont cités, m'autorisent à croire que la méthode homœopathique n'est pas toujours suffisante pour traiter toutes les maladies aigues par son seul secours.

Le pays que j'habite, les individus que j'y soumets à mes expériences, sont-ils peut-être la cause qui rend incertain le succès de la méthode homœopathique? Dans cette partie du canton de Vaud, les habitans de la classe commune boivent beaucoup de vin; ce qui pourrait entretenir dans les globules du sang, un état d'excitation permanent, que *aconit* aurait trop de peine à maîtriser; peut-être les doses que nous donnons ne sont-elles pas suffisantes? Chez les enfans, ainsi que chez les femmes, ce remède agit avec plus d'énergie et manque rarement son effet. Ce fait ne vient-il pas à l'appui de la remarque précédente?

(Sans prétendre annihiler les remarques de notre confrère, nous nous permettrons d'observer qu'il ne paraît pas avoir pris en suffisante considération les effets antidotiques de *nux vomica* contre ceux du vin, car il n'en a pas essayé l'emploi; nous l'invitons à en faire usage une autre fois.)

Hahnemann et les plus habiles de ses disciples ont *complétement* renoncé aux émissions sanguines; ce qui nous donne lieu de présumer que les homœopathes qui les ont employées n'ont peut-être pas suffisamment scruté la matière médicale, pour y trouver le médicament correspondant au mal qu'ils avaient à traiter.

Au reste, cela nous est arrivé à nous-mêmes à l'égard d'individus excessivement pléthoriques; les remèdes que nous avons jugés homœopathiques restaient sans effet, et n'ont offert de résultat qu'après une préalable émission sanguine. Ces cas ont été rares, il est vrai; mais ils nous ont donné à penser qu'il y avait peut-être encore une étude comparative à faire, et un tableau à tracer des cas où la guérison ne saurait s'obtenir sans émission sanguine, et de ceux où celle-ci n'est pas nécessaire. Nous devons ajouter que ceux où l'évacuation de sang a très-promptement sou-

lagé, et avantageusement remplacé les médicamens jusque-là inefficaces, se sont présentés sur des individus fortement suspectés d'abus de vin.

A ce sujet, nous attirons l'attention des observateurs sur la question de savoir si les vins *soufrés* ou *brandés* exercent sur l'économie animale une action différente que les vins qui n'ont pas subi cette préparation; il nous paraît indubitable que cela doit être; le *soufre* divisé, on l'*acide sulfureux* ne saurait passer inaperçu dans l'économie; c'est ce que la *Matière médicale pure* nous enseigne de la manière la plus convaincante. (*N. d. R.*)

Septième observation.

La fille du gouverneur de Saint-Pétersbourg, comtesse Kutusoff, allait en Italie, où elle était envoyée par les médecins pour une affection de poitrine. Elle venait de faire une cure aux eaux d'Ems, et s'arrêtait à Vevey pour y manger du raisin. Il lui survint une toux à laquelle elle était sujette, qui ne lui laissait de repos ni jour ni nuit, et fatiguait par son opiniâtreté une poitrine déjà irritée par la maladie. La malade avait une douleur profonde au bas du thorax du côté gauche, qui la faisait souffrir presque continuellement; les secousses que la toux occasionnait répondaient en entier à ce point douloureux, ce qui rendait l'état de cette jeune dame insupportable. M. le docteur Rauch, médecin de l'empereur de Russie, et M. Hotinski, médecin de sa garde, lui donnaient des soins; ils avaient déjà employé beaucoup de remèdes qui n'avaient point entravé la persévérance de la toux. Ayant ouï dire que je pratiquais la médecine homœopathique, ces messieurs m'invitèrent à aller voir leur malade. Je reconnus cette toux d'irritation nerveuse, que quelques auteurs ont nommée *tussis caniculi*, à cause de sa ressemblance avec le léger aboiement du jeune chien, et que d'autres attribuent à l'irritation du pneumo-gastrique; elle durait, sans rémission, depuis trois jours; on l'avait vue durer une semaine. Je ne promis point à la malade de la guérir sur-le-champ, mais je l'assurai d'un prompt soulagement; *bellad.* et *opium* restèrent sans succès; mais *china* coupa entièrement cet accès de toux jusqu'alors si tenace; la psore était évidemment la cause première du mal; elle se déclarait par une quantité de boutons à la figure et des symptômes de scrophules se faisaient apercevoir. J'engageai la malade à suivre le traitement antipsorique, qui fut commencé sous l'influence du *soufre*.

Huitième observation.

Le général russe, Morder, était sujet aux palpitations de cœur, pour lesquelles on avait usé d'une foule de remèdes; en dernier lieu, on avait placé un séton au-dessus de la pointe de cet organe. Les uns attribuaient ce trouble à une affection spasmodique, les autres penchaient pour une hypertrophie d'une de ses cavités. Le malade était fort inquiet de son état, et cherchait partout où il se trouvait, dans les conseils des médecins un secours contre son mal. Se rendant en Italie, il fut pris à Vevey d'une palpitation extraordinaire, qui durait déjà depuis sept heures lorsque je fus appelé à le voir (le plus long paroxisme n'avait jamais dépassé trois heures de durée). Les pulsations artérielles et les contractions des ventricules étaient si fortes, que la pointe de l'habit sur le côté droit de la poitrine en était soulevée. Ce fut *veratr. alb.* que j'opposai au mal; il l'augmenta d'abord sensiblement, puis répondit à mon attente, en arrêtant la palpitation environ une heure et demie après que le remède eût été pris.

P. S. J'ai appris, il y a fort peu de temps, que le général Morder est mort à Rome.

Neuvième observation.

J'ai guéri une dame d'un crachement de sang fleuri, que *ledum* et *arnica* ont fait cesser comme par enchantement. Quand cette dame a été atteinte de nouveau de cette hémoptysie, j'ai pensé qu'elle me verrait avec plaisir avoir recours au même procédé; mais au contraire, elle me supplia de ne point employer l'homœopathie. J'ai alors prescrit une potion de deux globules de *rhus*, sirop et eau, à prendre tout à la fois; ce remède n'ayant pas réussi, j'ai donné la *pulsatilla*, qui a obtenu un merveilleux succès.

Dixième observation.

Le notaire Barichet de Chançavaux, près de Vevey, est sujet à des accès de suffocation asthmatique à la suite desquels s'était manifestée une enflure des extrémités inférieures, telle que la marche était devenu impossible; bientôt après le scrotum s'était tuméfié, puis fortement infiltré. Plusieurs personnes lui avaient donné des conseils médicaux qu'il avait suivis. Un médecin avait administré des drastiques et de la digitale, le tout sans aucun succès.

Je fus demandé au moment où venait de se déclarer un érysipèle à la face, accompagné de fièvre cérébrale et de rêveries. *Aconit* et *bell.* triomphèrent promptement de ces divers accidens; le malade se remit assez bien pour permettre d'employer les remèdes qui devaient agir sur l'anasarque, pour laquelle je donnai *fer. china*, *coccul*, *arsenic*, *led.*, *con. mac.*, *hell. nigr.*, qui eurent un plein succès. L'enflure énorme qui avait envahi les pieds, les jambes, les cuisses jusqu'à la région sacrée, la verge et le scrotum, s'est dissipée totalement. Les forces du malade sont revenues, les accès d'asthme ont cessé tout-à-fait, et d'un vieillard cacochime, la médecine homœopathique a fait un homme bien portant, et qui peut se livrer à ses occupations journalières.

Ce sujet offrait une disposition idiosyncrasique à l'action des remèdes atténués. Car c'est le seul cas d'hydropisie que j'aie vu réussir dans ma pratique.

Dans une série d'autres observations, M. Convers a détaillé les cas où la pratique homœopathique ne lui avait pas réussi; ainsi pendant une épidémie de scarlatine, plusieurs angines couenneuses se sont déclarées, contre lesquelles il n'a pas eu à se louer de *bell.*, *merc.*, *arsen.*, tandis qu'à côté de ses malades d'autres guérissait sous l'action des cautérisations potentielles et des gargarismes miellés.

[Il n'est pas facile d'expliquer pourquoi ce praticien n'a pas appliqué à cette maladie le traitement de *l'angine mem-*

braneuse, le croup, savoir, *calcar. sulfur.* et *spong.*; il y a trop peu de distance entre ces deux affections suffocantes, pour ne les pas rapprocher par le traitement; peut-être aussi l'analogie qui existe entre les *aphtes* et les plaques couenneu es aurait-elle dû le mettre sur la voie de l'emploi d'*ac. mur.* Cette analogie était d'ailleurs connue par le fait même du succès de la cautérisation qui réussit aussi bien avec le *muriate d'antimoine* qu'avec le *nitrate d'argent*; enfin nous ne saurions affirmer que des gargarismes acidulés soient proscrits par l'homœopathie, si l'*acide muriatique*, par exemple, est capable de produire des plaques membraneuses ou couenneuses, appliqué à forte dose, il doit guérir ces mêmes plaques lorsqu'elles sont l'effet d'une inflammation morbide, s'il est employé en doses modérées; c'est là une application rigoureuse du principe homœopatique]. (*N. du R.*)

M. C. a cité un cas de point pleurétique avec oppression, fièvre et angoisse, où *acon.*, *bry.*, *puls.* et *arnica*, n'ayant pas guéri, pas même soulagé le malade, il fut forcé de saigner, et avec le plus prompt succès.

Dans une autre occasion, ayant à traiter une jeune fille de 13 ans, atteinte d'effroyables palpitations, avec suffocation et strangulation, face injectée, peau sèche et brûlante, il donna *acon.* avec un succès de courte durée, puis *aur.*, *cannu.*, *stann*, *digit.*, sans effet, et *puls.* avec un peu plus de succès. Au bout de quelques jours, le mal ayant reparu avec la même intensité, les mêmes médicamens et d'autres furent employés presque vainement; la malade étant sur le point de périr suffoquée, M. C. saigna à la jugulaire, plaça un vésicatoire à la région précordiale, fit prendre un julep antispasmodique et soulagea ainsi sa malade.

[Nous sommes surpris, puisque le traitement a duré plusieurs jours, que M. C. n'ait administré ni *calc*, (v. *Mal. chron.*, *calc.* 680, 681, 682), ni *arsen.* (512, 513, 514), et qu'il ne les ait pas même fait flairer; nous regardons, dans ce cas, sa thérapie comme très-incomplète, et pensons qu'il n'a pas le droit d'accuser l'homœopathie de son insuccès]. (*N. du R.*)

Nous le répétons; ce sera certainement une chose utile que le relevé de tous les cas où l'homœopathie n'aura pas réussi, ou n'aura pas pu guérir les malades; mais ce relevé doit être fait avec conscience et talent; chaque observateur devra indiquer exactement et minutieusement les symptômes en présence desquels il se sera trouvé, et les remèdes qu'il aura employés; les experts jugeront.

OBSERVATION.

Communiquée à la société homœopathique Lémanienne, dans sa séance du 15 mai.

Jeanne Néloppe, âgée de 23 ans, ouvrière courte-pointière, travaillait péniblement chez ma mère, paraissant gênée dans ses mouvemens, dans la respiration et dans le parler; quoiqu'elle ne se plaignit point, il était évident qu'elle était malade; je lui demandai si elle suivait quelque traitement, et sur sa réponse négative, je lui offris mes soins, attendu son défaut absolu de fortune; sur l'espérance que je lui donnai de la soulager, elle accepta avec empressement, douceur et reconnaissance. Voici quel était son état, au 6 novembre 1833.

Elle éprouvait une douleur, une sensibilité douloureuse excessive dans tout le côté gauche du tronc, depuis la clavicule jusqu'à l'aine, sur lequel aucun contact, même le plus léger, celui du bout du doigt, par exemple, n'était supportable; il lui était, par conséquent, impossible de se coucher jamais sur ce côté, d'admettre aucune camarade de travail dans son lit, et même elle redoutait de se placer à la droite d'une autre ouvrière, de peur que celle-ci ne vînt à la heurter; elle ne pouvait porter aucun corps lourd, ce à quoi l'appelait son état, et elle était obligée de mesurer sa marche, les secousses de ses pas redoublant ses douleurs.

Du côté droit, le ventre seul était douloureux; la poitrine ne l'était pas du tout.

Quelquefois la douleur thoracique était insupportable; dans ce cas, la voix se perdait, il y avait aphonie presque complète. Vers le soir, la malade disait apercevoir une élévation vers les fausses côtes gauches, qui devenaient excessivement sensibles.

L'origine première de ce singulier mal était une maladie très-grave, probablement inflammatoire et maligne, qu'elle avait faite cinq ans auparavant, et pour laquelle on lui avait pratiqué vingt-quatre saignées, appliqué trois cents sangsues, un nombre immense de ventouses, suivies de vésicatoires souvent répétés, et de je ne sais combien de remèdes actifs. —La cause prochaine de cette grave maladie était une chute dans le lac, au mois de janvier, pendant la période menstruelle, avec toutes les conséquences, savoir: perte de connaissance, vêtemens mouillés, refroidissement, etc.

Sur ce récit, vu la quantité des remèdes inutilement employés, ne pouvant résumer aucun symptôme vraiment pathognomonique, je résolus d'aborder ce cas morbide par l'olfaction de médicamens antipsoriques, ne voyant qu'un vice psorique, peut-être congénial, qui pût entretenir un état contre lequel était venu échouer tout le savoir d'habiles allopathes. Je demandai donc à Jeanne de venir régulièrement tous les deux jours pour respirer un flacon; elle n'y manqua point.

Pour tâter la douleur du ventre, qui me paraissait un peu étrangère à celle du thorax, je présentai d'abord l'*ignatia*; mais l'effet en fut nul.

Le 9, Jeanne respira ou flaira *sulf.*

Le 10, elle eut défaillance accompagnée de mouvemens spasmodiques; j'appris alors qu'elle y était sujette depuis que les douleurs de côte étaient très-fortes; je recommandai expressément que pendant toute la durée du spasme, on ne lui fît jamais rien, qu'on la plaçât horizontalement, et qu'on l'empêchât seulement de se contusionner les mains contre le mur ou le plancher, et de se meurtrir la face et la poitrine, comme elle avait coutume de faire.

Le 11, la malade me dit que ces défaillances spasmodiques avaient toujours une cause morale, la rencontre inattendue d'une personne avec laquelle elle avait eu quelque difficulté, ou bien une semonce, une remontrance plus ou moins juste. Ce jour-ci, la douleur de côté et celle du ventre sont plus fortes, probablement à cause de la violence des mouvemens

auxquels les spasmes de la veille avaient donné lieu.—J'apprends alors que depuis la chute dans le lac, les règles ont beaucoup varié, au point de ne paraître que tous les quatre ou cinq mois Flairé *sulf.*

La nuit du 11 au 12 est bonne ; chose rare ; celle du 12 au 13 l'est moins ; il y a toujours soif, la nuit, et moins de douleur, le matin. Flairé *sulf.*

La journée du 13 est bonne ; depuis trois mois, la malade dit n'en avoir passé une aussi bonne ; celle du 14 ne l'est pas autant, les douleurs sont très-fortes.

Le 15, Flairé *sulf.*

Le 17, la malade dit qu'elle s'est sentie mieux ; mais une nouvelle inattendue lui a procuré une crise nerveuse, le 16, au soir ; le contact est encore insupportable. Flairé *sulf.*

Le 19, elle continue à se trouver mieux ; la nuit elle dort, et le jour elle est plus disposée à travailler ; le 10 au soir, elle a eu un spasme. Flairé *sulf.*

Le 21. Elle a été mieux le 19 ; mais, le 20, elle a beaucoup souffert ; il est évident qu'elle est mieux le jour seulement où elle flaire le remède ; le 20, la douleur l'a forcée d'interrompre son travail, et la nuit suivante elle n'a point dormi ; l'aphonie persiste. Flairé *sulf.*

Le 23, le même fait s'est répété ; absence de douleurs, le 21 ; retour le 22, jusqu'à ne pouvoir manger à son appétit. — Comme il ne s'est rien montré à la peau, que je ne sais précisément à quel vice j'ai affaire, et par conséquent, quel antipsorique je dois employer, je commmence, ce jour, à lui faire flairer *calc.* ; ce qui est répété le 24.

Le 26, la malade dit s'être trouvée mieux, le 24 ; toutefois, les douleurs et l'aphonie me paraissent les mêmes. Flairé *calc*, ainsi que le 28.

Le 30, elle dit avoir été moins bien et avoir craché un peu de sang. Flairé *phosph.*

Le 3 décembre, moins d'un mois depuis le traitement, la malade se trouve sensiblement mieux ; sa voix est presque naturelle, son appétit, son sommeil sont meilleurs, le travail lui est plus facile ; mais les douleurs existent encore, ainsi qu'un peu de toux.

Le 7, elle est plus souffrante, ce qu'elle attribue au retour de ses époques. Flairé *sepia.*

Pendant le reste du mois de décembre, elle a continué d'avoir un jour meilleur que l'autre ; j'ai repris l'usage de *sulf.*

1834, janvier 4. Elle a contracté un rhume, elle tousse et crache ; je lui donne *hyosc.* avec succès, jusqu'au 10, où le retour d'une défaillance, la veille, me fait tenter l'olfaction d'*assa.*

Le 12, les époques ont reparu de la veille avec douleurs de reins et défaillance ; il y a toutefois amélioration évidente, puisque les menstrues se régularisent ; mais elles cessent dans la journée, ce qui est suivi de défaillances qui se répètent, le 13, avec dyspnée ; je lui donne *assaf.* une goutte, le 14.

Les défaillances se sont renouvelées dans la nuit, ainsi que le 15 au soir, après une émotion ; le spasme a été très-violent, la malade s'est débattue et a déchiré ses vêtemens ; elle prend de nouveau *assaf.* une goutte, le 16.

Le 17, nouvelle défaillance avec spasmes violens.

Le 18, elle flaire *mosch.*, et en reçoit une dose.

Le 19, nouveaux spasmes, pendant lesquels elle se déchire avec les ongles.

Le 20, elle dit qu'elle souffre moins du côté, ce qui est fort remarquable après tant de spasmes et de si grandes convulsions ; elle flaire *mosch*, et en reçoit une dose. Ce même jour, ayant éprouvé un petit désagrément, elle a eu deux spasmes, où elle s'est fortement meurtrie.

Le 22, elle flaire *indigo*, et en reçoit une dose.

Le 24, elle n'a plus eu de spasmes, elle souffre beaucoup moins du côté, et se plaint de maux de reins. Flairé *sulf.*

Le 26, elle continue à se trouver mieux ; il lui est survenu de la leucorrhée. Flairé *sulf.*

Le 28, elle peut se coucher sur le côté gauche, ce qui est pour elle un grand soulagement, et la preuve d'une amélioration positive ; néanmoins, on ne peut point encore la toucher ; elle se plaint de douleurs au sacrum ; et tous les soirs, vers cinq heures, elle est saisie d'une angoisse qui dure jusqu'à dix heures. Flairé *sulf*, et reçu *acon.* pour prendre à cinq heures du soir.

Le 30, elle continue à se trouver mieux ; l'angoisse du soir a cédé devant *acon* ; mêmes remèdes.

Le 2 février, étant au sermon, elle a éprouvé une défaillance qui a commencé par un battement de cœur et une forte douleur de côté ; l'angoisse du soir a été arrêtée par acon. Flairé *sulf.*, le 3.

Le 4, elle a repris de la dyspnée, après avoir ajusté et posé de grands rideaux d'église.

Le 5, le côté lui fait mal ; l'angoisse du soir a été, la veille, moins forte. Flairé *conium*, et reçu une dose pour le lendemain matin.

Le 7, elle dit être mieux ; elle s'est évanouie le 6. Flairé *conium.*

Le 10, elle continue à être mieux ; elle a repris l'angoisse du soir. Flairé *conium*, et reçu *acon.* pour cinq heures.

Le 11, défaillance avec spasmes.

Le 12, flairé *conium*, et reçu *sulf.*

Le 13, le côté lui a fait plus mal que de coutume.

Le 14, flairé *sulf.*, et reçu *puls.*

Le 16, elle a été beaucoup mieux ; le côté est encore sensible. Flairé *sulf.*, ainsi que le 19.

Le 20, nouveaux spasmes.

Le 21, flairé *ol. anim.*, et reçu *ac. mur.*

Le 23, elle n'a pas eu de spasmes, et croit être un peu mieux ; la sensibilité thoracique persiste. Flairé *ol. anim.*, reçu *agar.*

Le 2 mars, elle a beaucoup souffert de son côté, mais elle continue à se trouver mieux et à pouvoir travailler davantage ; elle a pu, il y a huit jours, assister au sermon sans inconvénient ; dans l'après-midi, une émotion l'a faite évanouir, mais calme et sans spasmes ; elle dit qu'*agaric.* lui rend la facilité de respirer ; trois doses *agar.* pour en prendre une tous les deux jours.

Le 9, le mieux se soutient ; la malade est plus légère, plus leste ; elle a pu aller à pied, à Cologny, demi-lieue de la ville, et en revenir sans être fatiguée, ce qu'elle n'avait pu faire depuis très-longtemps ; toutefois, la côte à monter lui cause de l'essoufflement ; au ventre, la douleur du côté

gauche est moins forte, mais on ne peut encore palper les côtes; *agar.* trois doses.

Le 16 la douleur de côté diminue sensiblement; on peut palper le ventre et même la partie antérieure des côtes, dont la portion latérale est seule douloureuse; la malade reprend de l'appétit, de l'embonpoint et surtout de la force; elle a pu aider à porter des canapés, ce qu'elle n'avait jamais encore pu faire; elle dort très-bien sur l'un et l'autre côté; elle a eu une défaillance sans spasme à l'arrivée de ses règles, qui sont maintenant normales, mais accompagnées de maux de reins; elle a encore de l'oppression en montant. Flairé *sulf.*, et reçu trois doses *agar.*

Le 23, l'amélioration continue, plus de spasmes; un peu moins de dyspnée en montant; céphalalgie frontale depuis cinq jours, elle disparait en flairant *nux;* reçu une dose *sepia.*

Le 30, la douleur a été plus forte, toute la semaine. Flairé *agar.*, reçu une dose *sulf.*

Le 13 avril, la malade se trouve *beaucoup* mieux; la douleur de côté est réduite à un espace de trois pouces de diamètre, au-dessous du cœur, et n'est sensible qu'au contact; les nuits sont très-bonnes. Flaire *sulf.*, et reçu *agar.*

Le 27, le mieux se soutient; la douleur n'occupe que l'espace d'un écu, au contact seulement. Aujourd'hui, la malade me raconte qu'à l'âge de 16 ans, elle a reçu un violent coup de maillet sur le lieu actuellement douloureux; cette circonstance m'explique l'opiniâtreté de ce symptôme local, mais elle me confirme dans l'opinion que Jeanne est atteinte de quelque vice psorique, car sur une personne parfaitement saine, ce petit accident n'aurait produit qu'une contusion temporaire. Flairé *sulf.*, et reçu *agar.*

Le 5 mai, la malade est toujours mieux; elle prend de l'embonpoint, la voix est tout-à-fait naturelle; les forces du corps reviennent; elle peut courir comme une jeune fille, sans oppression; seulement en marchant vite elle sent encore sa poitrine; elle a pu se balancer à une escarpolette, ce qu'elle n'avait pu faire depuis trois ans. Flairé *sulf.*, reçu *agar.*

Le 12 mai, l'amélioration continue évidemment; Jeanne a un teint rose et fleuri, une bonne voix, beaucoup d'entrain et de gaite; elle jouit pleinement de ce retour de santé, sur lequel elle ne comptait plus depuis des années.

Ce cas est particulièrement intéressant en ceci, que l'indisposition douloureuse de Jeanne avait résisté à tous les soins qui lui avaient été précédemment donnés; et comment n'en aurait-il pas été ainsi, puisque les médecins qui avaient traité Jeanne ne connaissaient point la vraie doctrine des maladies chroniques, et l'efficacité des médicamens antipsoriques! Ici, elle a été évidente ainsi que l'activité de l'olfaction; Jeanne n'avait encore avalé *aucun* remède lorsqu'elle a déclaré qu'elle se trouvait beaucoup mieux; et si plus tard j'ai cru devoir recourir à l'ingestion de différens médicamens, c'est que diverses circonstances étrangères et à la maladie et au traitement, sont venues compliquer l'une et m'obliger à modifier l'autre.

Graces à HANNEMANN, Jeanne, qui n'était que languissante, souffrante, véritable objet de pitié, est maintenant valide et forte, et bientôt sera un objet d'envie.

Il est vrai de dire qu'elle a dû aussi un peu à sa confiance et à sa constance sa guérison, car elle était tout entourée de personnes qui la blâmaient hautement de s'être confiée à un médecin homœopathe, jusqu'à son pasteur, qui lui demandait sérieusement *si elle voulait donc se faire empoisonner!* Singulier poison que celui qui, d'un spectre pâle, blême, sans vie et sans voix, fait une fille jolie, fraîche, enjouée, gracieuse, et la rend capable de gagner sa vie avec autant de joie que de vigueur!

Ch.-G. PESCHIER, *docteur.*

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE.

JUIN 1834.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

De l'emploi des purgatifs dans les maladies aiguës ou chroniques (observations recueillies dans le service de M. le professeur ANDRAL), par MAX. SIMON, D. M. P.

La matière médicale ne contient point de médicamens qui aient été d'un usage plus fréquent que les purgatifs : jusqu'à nos jours bien des théories déjà se sont succédées sur le terrain mouvant de la science, mais aucune d'elle, quelque vive que fût la réaction déployée contre celle qu'elle aspirait à déplacer, ne s'était hasardée à proscrire toute une classe de médicamens auxquels il semblait que l'expérience accumulée de plusieurs siècles avait donné une sanction de quelque poids. M. Broussais est, parmi les auteurs systématiques, le premier qui, biffant tout un passé, et prétendant à refaire la science de toutes pièces avec les seules données de son observation, ait presque complétement banni de la thérapeutique les agens purgatifs. D'après la manière dont nous comprenons le développement d'une science quelconque, il nous suffirait de cette brusque exclusion d'un élément comme celui-ci, fourni par une observation si laborieuse, pour refuser notre assentiment complet à la doctrine physiologique. Nous savons que cette manière de raisonner, bonne au temps de Descartes et de Leibnitz, est passée de mode dans notre siècle mathématicien, où tout, jusqu'à la psychologie, tend à rentrer dans le système des poids et mesures. Aussi bien, abandonnons-là cette idée pour valoir ce qu'elle pourra : l'objet de ce mémoire n'est point d'ailleurs de juger la théorie dont nous venons de dire un mot; assez d'autres l'ont fait : notre but unique est l'appréciation de la valeur thérapeutique des purgatifs en pathologie, et nous nous hâtons d'en venir à notre sujet. Plusieurs travaux déjà ont été faits sur ce point, mais dans quelques-uns on n'a embrassé qu'une partie de la question, et nous pensons qu'on peut traiter celle-ci d'une manière plus complète. Dans quelques autres, comme dans le livre du docteur Hamilton, les recherches ont été dirigées d'après un plan plus large; mais les maladies y sont mal définies, et si l'on peut en tirer quelques conséquences générales, celles-ci seront d'une application difficile, car on ne sera guidé que par une analogie incertaine. Nous prétendons faire mieux, et nous basons notre prétention sur le sentiment que nous avons de l'excellence de la source à laquelle nous puiserons les matériaux de ce travail. Cette source est la clinique de M. Andral. Élève de ce professeur, nous avons fait effort pour nous pénétrer de sa manière de philosopher, parce qu'elle nous a paru la meilleure; c'est d'après cette méthode, dans laquelle l'observation se tient toujours en dehors du système, laisse aux faits leurs coudées franches, ne leur souffle point ce qu'ils doivent dire, que nous nous proposons de faire ce travail.

Nous commencerons par signaler quelques résultats de l'action physiologique des purgatifs sur divers appareils, et qui tout d'abord nous serviront à établir que, dans beaucoup de maladies aiguës ou chroniques, on peut avoir recours à l'emploi de ces agens sans faire courir le moindre risque aux malades auxquels on les administre : voyons d'abord l'effet qu'ils produisent sur l'appareil avec lequel ils sont mis en contact, c'est-à-dire, l'appareil digestif, et nous pourrons, d'après cette simple donnée, pressentir déjà l'intensité des effets secondaires ou de réaction qu'ils développent dans les autres systèmes d'organes. L'exposition des faits que nous avons à rapporter sera un peu sèche, mais les résultats auxquels ils nous conduiront nous semblent assez importans pour que nous devions les bien dessiner.

1er *Fait.* — Une femme atteinte d'hypertrophie du cœur, prend le 8 une bouteille d'eau de Sedlitz, par verre, d'heure en heure. Pendant les douze heures qui suivent cette prescription, la malade a sept selles liquides assez abondantes. Le 9, la langue est large, humide, sans enduit aucun; point de soif, anorexie; l'épigastre et le reste du ventre, souples, sont exempts de toute douleur, même à une pression assez fortement exercée. Le 10, une selle solide. Le 11, 2 selles liquides encore; du reste, si bon état, que la malade sort.

2e *Fait.* — Marie Dieudonné est atteinte de douleurs abdominales très-vives : on fait appliquer 30 sangsues sur l'abdomen, et en même temps on cherche à vider les intestins par le moyen de deux onces d'huile de ricin, qu'on prescrit dans deux tasses de bouillon aux herbes. Ici encore nous voyons l'effet purgatif se prolonger pendant deux ou trois jours, mais ce n'est qu'un flux séro-bilieux peu abondant, dont la nature non-inflammatoire nous paraît suffisamment prouvée par l'absence de tout symptôme de réaction locale ou générale.

3e *Fait.*—Un charretier est atteint d'une bronchite chro-

nique qui remonte à de longues années ; les voies digestives sont dans un état complétement normal ; une pinte de bouillon aux herbes avec une once de sulfate de soude et demi-grain de tartre stibié, lui est prescrite le 5. — Le 6, nous notons le que malade a eu dix selles sans la moindre colique; la langue est blanche et humide ; il n'y a point de soif, point de sécheresse à la bouche ; la pression ne développe aucune sensibilité irrégulière à l'épigastre ; le reste du ventre est souple et indolent. — Le 7, le malade sort. Il n'a point eu de garde robe durant le dernier nyctéméron ; rien d'insolite d'ailleurs n'existe du côté des voies digestives.

4e *Fait.* — Bronchite générale, emphysème pulmonaire. Le purgatif précédent, qui est celui que M. Andral administre le plus ordinairement, provoque sept selles sans coliques ; un vomissement a lieu après l'injection du second verre : aucune nausée ne l'a précédé. Le lendemain 7, nous trouvons la langue dans l'état le plus complétement naturel; l'abdomen peut être pressé impunément dans tous ses points. — Le 8, une seule selle sans coliques. (Une bouteille d'eau de Sedlitz). Le malade a eu huit selles fort abondantes, sans colique aucune, mais avec dégagement considérable de gaz. Le 9, une selle liquide ; point d'autre symptôme d'excitation du côté du tube intestinal. Le 10, une selle solide.

5e *Fait.* — Une femme de 28 ans présente les symptômes d'un embarras gastrique fébrile. Deux grains d'émétique lui sont prescrits le 2. Elle a plusieurs vomissemens de matières jaunes, amères, et deux selles liquides. Le 3, symptômes complétement négatifs du côté des voies digestives.

6e *Fait.* — Amygdalite très-intense, fièvre. Le 13, deux grains d'émétique, deux vomissemens et 3 selles liquides abondantes. Le 14, le seul signe que nous observions en examinant la muqueuse gastro-intestinale dans toute son étendue, est un peu de sécheresse de la langue ; ni nausées, ni douleur épigastrique ou abdominale.

7e *Fait.* — Hémiplégie incomplète à la suite d'une attaque d'apoplexie. — Révulsion sur le tube intestinal au moyen du purgatif ordinaire. Dix selles sont obtenues, bien que le malade n'ait point pris celui-ci en entier. Le lendemain, silence complet de la muqueuse digestive. Le surlendemain, le malade mange la demi-portion, sans rien éprouver qui indique la plus légère irritation de l'appareil qui, deux jours auparavant, avait été en contact avec le liquide purgatif.

8e *Fait.* — Hypertrophie du cœur avec dilatation des cavités. — Après une saignée qui n'amène aucun changement dans l'état du malade, le 2 on prescrit douze grains de calomel ; quatre selles liquides ont lieu. Le 3, l'examen le plus attentif ne saurait faire soupçonner que la veille la muqueuse gastro-intestinale a été stimulée. On prescrit un pot d'eau d'orge contenant en dissolution, sulfate de soude ℥j, et tartre stibié demi-gr. — Le 4, le malade accuse sept selles liquides abondantes, et tout-à-fait exemptes de coliques. La langue est large, humide, sans le plus léger pointillé ; l'appétit est développé ; il n'y a point de soif. l'épigastre et le ventre sont insensibles à la pression, de quelque manière qu'elle soit exercée. Le 5, trois selles demi-liquides, sans coliques ; ventre indolent.

9e *Fait.* — Laryngite chronique. — On tente la révulsion sur le tube digestif au moyen de deux gouttes d'huile de croton tiglium. — Cette observation nous paraît très-propre à mettre en saillie le fait que nous voulons établir ; qu'il nous soit permis de le rapporter avec un peu plus de détails que celles qui précèdent, et qu'il nous a suffi d'esquisser. — Le 16, sans cause appréciable, la malade dont il s'agit eut dans la nuit dix selles assez abondantes qu'accompagnèrent des coliques légères. A neuf heures du matin que nous la vîmes, nous pûmes constater que le tube digestif ne présentait aucun signe d'irritation. Le 19, la malade n'avait point eu de garde-robe depuis son dévoiement qui s'était brusquement arrêté (peut-être sous l'influence du nitrate de bismuth, qui avait été administré le 17). M. Andral se rappela que la douleur de la gorge avait été heureusement modifiée par le flux abondant qui s'était opéré spontanément à la surface de la muqueuse intestinale. Dans la vue de déterminer artificiellement une modification semblable, il prescrit deux gouttes d'huile de croton. Après l'ingestion du médicament, sensation de brûlure à la gorge, et qui dure environ deux heures, naussées, coliques légères, enfin huit selles vertes et en bouillie. Le 20, la langue est large, humide ; une pression assez forte peut être impunément exercée sur tous les points de l'abdomen. Le 21, point de selles, aucun signe d'irritation gastro-intestinale, bien que la malade ait continué à manger la demi portion. De nouveau, deux gouttes d'huile de croton ; même sensation de chaleur à la gorge, qui dure une heure et demie. Deux heures après l'ingestion du médicament, douleur à l'épigastre d'une heure de durée ; vomissement aqueux ; enfin six selles jaunâtres fort abondantes. Le 22, langue pâle, humide, point de soif ; ventre et épigastre indolens. Le 23 une seule selle solide.

10e *Fait.* — Emphysème pulmonaire. — Le 8, rien d'anormal du côté des voies digestives ; deux gouttes d'huile de croton produisent à la gorge à-peu-près les mêmes effets que nous avons observés précédemment. Selles extrêmement abondantes, très-nombreuses, et qui ont lieu six heures après l'ingestion de l'huile. Cependant langue large, humide, sans rougeur ; soif vive, désir des alimens, ventre souple et indolent. Douze grains de calomel, prescrits ce jour là même, provoquent encore six selles, et nous ne notons d'ailleurs d'anormal, vers les voies digestives, que le goût pâteux de la bouche. Les jours suivans, rien ne rappelle la vive stimulation imprimée les jours précédens à la muqueuse gastro-intestinale.

11e *Fait.* — Pleurodynie. — Le premier jour de son entrée, ce malade prend le purgatif ordinaire ; il provoque cinq selles, sans douleurs abdominales. A la visite qui suit, le tube ne présente aucun signe d'excitation.

12e *Fait.* — Point pleurétique avec gêne considérable de la respiration. — Le même purgatif détermine six selles assez abondantes et un vomissement. Le lendemain de son administration, nous trouvons la langue large, humide, recouverte d'un léger enduit blanchâtre ; ses bords ont tout-à-fait la coloration des lèvres ; il n'y a point d'appétit, point de soif anormale, aucun gonflement, aucune chaleur à l'épigastre, qui est aussi insensible à la pression que le reste du ventre.

13e *Fait.* — Bronchite chronique, emphysème pulmonaire, tubercules : chez ce malade, deux onces d'huile de

ricin provoquent neuf selles, avec de légères coliques; et dix-huit ou vingt heures environ après l'administration du médicament, tout rentre dans l'ordre du côté du tube digestif. La tendance si grande à l'irritation de la part de la muqueuse chez les tuberculeux, est impuissante elle-même à fixer sur la membrane digestive une action morbide qui ne fait qu'effleurer l'organisme.

14e *Fait.* — Bronchite chronique, emphysème pulmonaire, légère hypertrophie du cœur. — 18 selles, que n'accompagne aucune douleur intestinale, arrivent à la suite de l'ingestion de deux gouttes d'huile de croton prises dans une cuillerée de tisane. — La langue, un peu collante, n'offre aucune rougeur; il n'y a point de soif; le malade témoigne du désir pour les alimens, la sensation de brûlure à la gorge, que le médicament a déterminée à son passage, n'a duré que quelques instans; on ne développe aucune douleur à la pression de l'abdomen. Les jours suivans, une seule selle, digestion qu'aucun accident ne vient entraver.

15e *Fait* — Bronchite aiguë avec fièvre. — Le malade prend le purgatif ordinaire; il a six selles liquides, jaunes, sans aucune colique. Le lendemain deux selles encore, mais langue normale, épigastre et ventre indolens. Il mange le quart, puis la demie, qui sont parfaitement digérés.

16e *Fait.* — Névralgie sus-orbitaire. — Huile de ricin ℥ ij dans une tasse de bouillon aux herbes. Huit selles avec quelques coliques ont lieu. Le lendemain, retour des fonctions digestives à l'état normal.

17e *Fait.* — Bronchite capillaire, hypertrophie du cœur. — Le minoratif précédent est prescrit à ce malade et à la même dose; il provoque dix selles exemptes de coliques. Aucun signe d'excitation vers les voies digestives. Douze grains de calomel déterminent quatre selles peu abondantes, sans colique; point de signe d'irritation à la surface digestive.

18e *Fait.* — Embarras gastrique apyrétique. — On prescrit deux grains de tartre stibié. Le jour où le malade prend cet émétique, vomissemens abondans, selles nombreuses; cependant langue naturelle, absence de toute douleur à l'épigastre et dans le reste du ventre. Le surlendemain une seule selle.

19e *Fait.* — Légère congestion cérébrale chez une femme atteinte de tubercules pulmonaires encore peu avancés. Le 7, 2 onces d'huile de ricin. Le 8, 10 selles avec quelques coliques. Le 9, encore 2 selles sans coliques. Du reste aucun autre trouble vers l'intestin.

20e *Fait.* — Une femme est atteinte de péritonite aiguë; le premier jour de son entrée, on lui fait appliquer 40 sangsues sur le ventre; il en résulte une notable diminution de la douleur abdominale. Le deuxième jour le ventre est encore endolori, il n'y a point eu de selles; il y a de la soif; la bouche est pâteuse; la langue blanche et humide. Prescription: une bouteille d'eau de Sedlitz; point de selles. Le troisième jour le ventre peut être pressé avec moins de douleur, du reste même état; on recourt à un purgatif plus actif, le calomel, qu'on donne à la dose de 12 grains. Cinq selles avec quelques coliques ont lieu; même état d'endolorissement du ventre; aucun signe de surexcitation.

21e *Fait.* — Embarras gastrique à la suite d'une pleurésie aiguë. Une bouteille de Sedlitz détermine plusieurs évacuations abondantes de matière bilieuse; cependant la langue redevient naturelle; l'amertume de la bouche a disparu; il n'y a point de soif; l'abdomen ne présente aucun point douloureux à la pression.

22e *Fait.* — Embarras gastrique; 2 grains d'émétique ne provoquent ni nausées, ni vomissement; ils produisent 6 selles le jour même où ils sont ingérés. Le lendemain on chercherait en vain la trace de la plus légère excitation dans toute l'étendue du tube digestif.

23e *Fait.* — Il est relatif à une femme atteinte d'un érysipèle à la face; on lui présente à différens intervalles deux fois le purgatif ordinaire, et une fois 12 grains de calomel. Des selles plus ou moins abondantes suivent l'action de ces divers agens: mais comme dans les cas précédens, cette action s'épuise en quelques heures, et le tube digestif revient à l'état normal.

24e *Fait.* — Congestion cérébrale légère. On avait vainement combattu cette condition pathologique, par la saignée, les sangsues: on tente l'emploi des purgatifs. On commença par 2 gouttes d'huile de croton. Des selles abondantes eurent lieu et tout se borna là. Ce flux terminé, nous pûmes constater qu'aucun signe d'irritation n'existait du côté des voies digestives. Cependant les étourdissemens, la céphalalgie, la pesanteur de tête, etc., après avoir diminué d'une manière assez notable pendant quelques jours, reparurent avec leur intensité première. On essaya la méthode dérivative continue; on soumit le malade à l'action de pilules contenant 3 grains de racine de jalap; elle prenait 2 de ces pilules tous les deux ou trois jours; d'abord le tube digestif parut s'offenser de ce moyen, mais bientôt cette susceptibilité anormale, pourrions-nous dire, si nous voulions déjà conclure des faits précédens, cessa, et tout l'effet que ces pilules produisirent désormais, ce furent 2 ou 3 selles liquides, le jour où le jalap était pris, et dans les jours intercalaires, rien ne s'observait du côté du tube digestif, qui eût pu indiquer qu'une substance irritante avait passé par là.

25e *Fait.* — Diplopie avec symptôme de congestion cérébrale, hémiplégie incomplète ancienne. Il s'agit ici d'un homme âgé de 42 ans, qu'on avait soumis dans divers hôpitaux, à plusieurs méthodes actives de traitemens sans qu'il en soit résulté d'amélioration sensible dans son état. M. Andral crut bon de tenter à son égard la dérivation purgative. Suivant cette vue, dans le court espace de six jours, le malade prit d'abord le purgatif ordinaire, deux jours après, 12 grains de calomel, et enfin 2 gouttes d'huile de croton. Le mélange de sulfate de soude et de tartre stibié occasionna douze selles, le calomel cinq, l'huile de croton 5 et 1 vomissement; la langue ne subit aucun changement, elle demeura constamment pâle, elle resta humide; la soif ne se développa point; l'appétit persista. Avant comme après le vomissement, l'estomac se montra insensible à la pression; les selles avaient eu lieu sans colique, et en aucun point du ventre on n'observa de sensibilité anormale.

26e *Fait.* — Erysipèle arrivée à la desquamation complète, bien que la maladie, au moins ce que nous voyons de la maladie, fût terminée; cependant un certain mouvement fébrile persistait; la malade ne sentait point ses forces renaître, les fonctions digestives ne se rétablissaient pas. On prescrit 2 grains d'émétique qui provoquent 3 vomissemens bilieux,

puis le purgatif ordinaire, pour vaincre une constipation qui existait depuis neuf jours. On obtient six selles, qu'accompagnent de légères coliques. Le lendemain, les voies digestives sont revenues à l'état complétement normal.

27e *Fait.* — Coliques vives avec constipation. Deux onces d'huile de ricin provoquent quatre ou cinq selles le jour où on les administre; exceptionnellement l'action, quelle qu'elle soit de cet agent, se prolonge le lendemain; sept ou huit selles ont encore lieu. Et malgré cette prolongation d'effets, aucune douleur n'est éveillée à la pression de l'épigastre ou de l'abdomen. La langue est naturelle; l'appétit est développé

28e *fait.* — Gastrite chronique. Deux onces d'huile de ricin sont prescrites dans deux tasses de bouillon aux herbes: il en résulte cinq selles, et pas la moindre exacerbation de l'état habituel d'irritation de l'estomac.

29e *Fait.* — Il se rapporte à un malade atteint d'hémoptysie symptômatique de tubercules pulmonaires. Il se trouvait bien, se disposait à sortir, quand il fut pris brusquement de frissons, puis de sueurs. Ces symptômes disparurent bientôt pour ne plus se montrer, mais ils firent place à un embarras gastrique, avec un mouvement fébrile peu intense. Deux grains d'émétique lui sont ordonnés, qui provoquent deux vomissemens sans nausées et quatre selles abondantes; le lendemain, les voies digestives sont à l'état normal, il y a une selle solide.

30e *Fait.* — Amygdalite double extrêmement intense. Voies digestives saines. Le 17 mai le malade prend une once de sulfate de soude et un demi grain d'émetique dans deux tasses de bouillon aux herbes; ni nausées, ni vomissemens; 50 selles liquides, bilieuses; cependant le 18, la langue ne présente point le moindre pointillé, elle a son humidité naturelle; on presse l'épigastre, l'abdomen dans tous les points, dans toutes les directions, sans éveiller la moindre douleur.

Aux faits nombreux que nous venons d'esquisser aussi rapidement qu'il nous a été possible, nous pourrions en ajouter de plus nombreux encore, mais tous ces faits ont à-peu-près la même physionomie: nous croyons conséquemment que ceux que nous venons de rapporter suffisent. Voyons maintenant ce que deviennent les autres appareils pendant que le tube digestif se trouve soumis à l'action des substances purgatives; nous devrions commencer par les appareils de diverses fonctions, mais notre attention n'a guère été dirigée sur ce point. Nous admettrons par conséquent que les choses se passent ici comme l'ont établi les auteurs qui ont écrit sur cette matière; mais il est un appareil dont il était extrêmement important dans notre étude d'observer les moindres modifications fonctionnelles, c'est l'appareil de la circulation. Toutes les fois qu'un point de phlogose vient à se développer dans un tissu un peu complexe de l'organisation, le cœur, par une action synergique inconnue dans sa cause comme dans son essence, entre en communauté de souffrance avec l'organe dont le mode de vie normal est dérangé; or que devient la fonction de cet appareil si profondément sympathique, pendant que la muqueuse gastro-intestinale est mise en contact avec les divers agens dont nous étudions ici le mode d'action? Nous le répétons, dans l'esprit de ce travail, cette question avait une haute portée. Si cet appareil s'émeut, si sa fonction s'exalte, c'est que peut-être l'étude directe de l'état des fonctions de l'appareil digestif est impuissante dans quelques cas à nous traduire la modification que ces fonctions ont subie; si, au contraire, cet appareil reste impassible, si la fonction dont il est chargé continue à s'accomplir suivant son rythme physiologique, c'est que l'action des purgatifs sur la muqueuse gastro-intestinale a été mal interprétée, et l'induction tirée de l'étude directe de l'état de cette membrane se trouve confirmée par l'état constaté de la circulation générale.

Nous allons indiquer dans le tableau suivant, les modifications que le pouls a offertes dans les cas pathologiques variés que nous avons rapportés précédemment, et dans lesquels des substances purgatives plus ou moins actives ont été employées. Nous placerons en regard, le nombre des selles provoquées, celles ci mesurant jusqu'à un certain point l'intensité de l'action de ces substances.

TABLEAU comparatif de l'état de la circulation générale, avant et après l'emploi d'un certain nombre de substances purgatives.

OBSERVATIONS.	*Substances employées.*	*Nombre de selles.*	*Nombre de pulsations.* AVANT.	APRÈS.
1	Eau de Sedlitz.	10 selles.	88	76
2	Huile de ricin.	4 —	66	66
3	Purgatif ordinaire.	10 —	108	84
4	Id.	7 —	80	92
Id.	Eau de Sedlitz.	8 —		80
5	Emétique.	2 —	88	84
6	Id.	3 selles abondantes.	92	76
7	Purgatif ordinaire.	10 selles abondantes.	. . .	. . .
8	Calomel.	4 selles.		84
Id.	Purgatif ordinaire.	7 —	92	84
		3 s. le lendem.		76
9	Huile de croton.	8 —	116	100
	Id.	9 —	. . .	. . .
10	Huile de croton ;	selles très-abondantes.	80	72
	Calomel.	6 —	72	76
11	Purgatif ordinaire.	5 —	68	68
12	Id.	4 —	92	88
13	Huile de ricin.	9 —	92	88
14	Huile de croton.	18 —	100	68
15	Purgatif ordinaire.	6 —	80	80
16	Huile de ricin.	8 —	80	76
17	Id.	10 —	72	72
	Calomel.	4 —	72	68
18	Emétique.	selles nombreuses.	. . .	. . .
19	Huile de ricin.	10 —	76	72
20	Eau de Sedlitz.	point de selles.	84	84
	Calomel.	5 —	84	72
21	Eau de Sedlitz.	selles abondantes.	124	88
22	Emétique.	6 —	68	56
23	Purgatif ordinaire.	6 —	96	84
	Id.	selles abondantes.	100	100
24	Huile de croton.	. . .	. . .	. . .
25	Purgatif ordinaire.	12 —	68	68
Id.	Calomel.	5 —	68	72
Id.	Huile de croton.	5 —		76
26	Purgatif ordinaire.	6 —	76	70
27	Huile de ricin.	5 —	60	68
Id.		8 le lendemain.		68
28	Huile de ricin.	5 —	68	56
29	Emétique.	4 selles abondantes.	80	60
30	Purgatif.	50 selles.	104	76

Nous regrettons de voir quelques lacunes dans ce tableau; elles tiennent à ce que le pouls, dans quelques cas, n'a point été noté avant l'administration des purgatifs ou le lendemain du jour où ils avaient été prescrits ; ces lacunes d'ailleurs sont peu nombreuses, et ne sauraient en rien infirmer les conséquences qui naissent des faits au milieu desquels elles sont placées. Si donc, en résumant ce tableau, nous cherchons à grouper les cas analogues qu'il nous présente, après en avoir distingué les cas dissemblables, nous arriverons aux résultats suivans :

Nous trouvons trois séries différentes de faits : dans une première série, se placent les faits où le pouls demeure, après l'administration, ce qu'il était auparavant. Dans une seconde série sa fréquence augmente ; dans une troisième elle diminue. Dans la première nous comptons sept cas, dans la seconde quatre cas seulement, et dans la troisième nous en trouvons vingt.

Entraînés depuis quelques années dans la direction unique d'une pensée qui, se posant dans la science avec l'aplomb d'une vérité séculaire, avait obtenu l'assentiment de presque tous les esprits, nous étions loin, nous devons l'avouer, de prévoir les résultats auxquels l'étude attentive des faits nous a conduits, et que nous venons d'indiquer. Sans doute, dans un grand nombre de maladies, que les anciens avaient mal interprétées, préoccupés qu'ils étaient, par leurs théories humorale, chimique ou mécanique, la

muqueuse gastro-intestinale présente des lésions dont la thérapeutique doit tenir compte, soit que ces lésions expliquent toute la maladie, soit que celle-ci ne soit qu'incomplétement expliquée par elles. Mais il y a loin de cette donnée, quelque nombreuses qui soient les conséquences qu'elle entraine, à une généralisation qui, englobant l'immense majorité des maladies, prétend à les soumettre à la lésion unique d'un des appareils de l'organisme, revêtu tout-à-coup d'une sorte d'autocratie morbide à laquelle personne n'avait encore songé. C'est bien là sans doute le principe dont est partie l'école moderne, pour proscrire presque complétement du domaine de la matière médicale toutes les substances qui avaient jusques-là été considérées comme jouissant de la propriété de stimuler plus ou moins énergiquement les tissus organiques avec lesquels elles étaient mises en contact. Dans une telle proscription les purgatifs n'ont point dû être oubliés, ils ont dû même figurer des premiers dans la liste néfaste; c'est aussi bien ce qui est arrivé. C'était logique; la muqueuse gastro-intestinale dominant désormais toute l'économie, devenant le centre, l'*impetum faciens* de presque tous les mouvemens morbides, on a dû se mettre en garde contre tous les agens qui pouvaient aller augmenter l'excitabilité de cette membrane, dans laquelle l'archée de Van-Helmont était venue tout-à-coup à s'incarner. Au moment où la théorie de l'irritation régnait avec le plus d'autorité dans les esprits, telle était la crainte que l'on avait d'irriter la muqueuse digestive, qu'un praticien qui avait eu l'audace de prescrire un demi-grain d'émétique à son malade, ainsi que nous le racontait M. le professeur Andral dans son cours, n'en dormait point de la nuit, et n'approchait le lendemain de son patient qu'en tremblant. Cette funeste préoccupation n'existe plus aujourd'hui dans la très-grande majorité des esprits: nous pensons que les observations rapportées dans ce travail sont propres à confirmer les médecins dans leur raisonnable sécurité.

Voyons en effet ce que disent ces observations: arrêtons-nous d'abord un instant sur l'action exercée sur le tube digestif par les diverses substances employées. Or, nous trouvons que dans plus de la moitié peut être des cas rapportés, les selles ont eu lieu sans que les malades aient eu la moindre colique; d'un autre côté, que des coliques aient accompagné ou non les selles, dès le lendemain l'abdomen avait recouvré son indolence à la pression. A l'exception de la 1re, 2e, 3e, 4e, 6e et 8e observations, dans toutes les autres, le lendemain des purgatifs, il n'y avait plus de selles liquides. Dans toutes ces observations encore, à l'exception d'une seule, la 6e, où la langue devient un peu sèche, nous voyons cet organe conserver sa configuration, sa couleur et son humidité normales. Dans tous les cas où l'état général des malades permettait qu'on leur accordât des alimens, nous voyons ceux-ci être parfaitement digérés, ne déterminer aucune pesanteur, aucune sensation irrégulière à l'estomac, ne faire naître aucune colique, ne provoquer aucun dégagement de gaz qui puisse faire soupçonner quelques points d'irritation de la muqueuse. Mais là ne se borneut point les raisons que nous avons de penser que l'action, quelle qu'elle soit, des substances employées est des plus fugitives, ne fait qu'effleurer, si l'on peut ainsi dire, la surface de la muqueuse: nous avons rapporté l'observation d'individus qui, dans l'espace de quatre ou cinq jours, ont été soumis à l'action de deux ou trois purgatifs; eh bien, dans ces cas, comme dans les autres, nous voyons en quelques heures la muqueuse digestive revenir à l'état normal. N'est-il pas évident si la plus légère phlogose avait survécu aux flux que les purgatifs employés avaient déterminé, elle se fût nécessairement aggravée par l'action des mêmes substances ou de substances analogues employées le lendemain ou le surlendemain? Ce n'est point tout encore; tout le monde sait que rien n'est si difficile que d'astreindre à une diète sévère les malades des hôpitaux; ils trouvent presque toujours le moyen de tromper la surveillance la plus attentive quand ils ont bien pris la résolution de se procurer quelques alimens. Dans les circonstances dont il s'agit, il est d'autant plus certain que l'on est trompé par les malades, qu'il n'est pas du tout rare de voir l'appétit se développer d'une manière assez impérieuse après l'emploi des purgatifs. C'est donc là une chance d'excitation dont nous devons ici tenir compte, et qui ne produisant point de résultat, confirme, par l'induction négative à laquelle elle conduit, ce que nous voulons établir, savoir, le retour prompt de la muqueuse gastro-intestinale à l'état normal, après l'emploi des substances purgatives. Enfin, sans vouloir anticiper sur l'étude de l'action thérapeutique des agens dont nous ne devons aujourd'hui étudier que l'action physiologique, nous dirons que nous n'avons pas vu un seul cas, peut-être, où la perturbation faible ou forte opérée sur les voies digestives, ait retenti d'une manière fâcheuse sur les organes malades, quelqu'étroites que fussent les sympathies qui les liaient avec la membrane perturbée.

Si, poursuivant l'action de ces agens dans toutes ses manifestations, nous revenons un instant au tableau que nous avons établi plus haut, nous y trouverons, ce nous semble, une nouvelle et tout aussi puissante raison de croire que la susceptibilité inflammatoire de la muqueuse gastro-intestinale a été singulièrement exagérée. Que résulte-t-il en effet de ce tableau? Nous y voyons que le pouls demeure dans sept cas, après l'administration du purgatif, ce qu'il était auparavant: que dans vingt cas la fréquence diminue, et dans quatre cas seulement elle augmente. Est ce là le résultat que produit dans les principes mêmes de la doctrine physiologique la plus légère phlogose de l'estomac ou de l'intestin, qui, dès qu'ils viennent à souffrir, associent aussitôt le cœur à leur action pathologique. Essayera-t-on d'éluder la conséquence qui se déduit naturellement de ces faits, en prétendant que les agens employés l'ont été à doses peu élevées, qu'ils jouissent d'une propriété excitante peu active; que s'il est des cas où le pouls n'a point augmenté de fréquence, c'est qu'alors on avait eu recours à un léger minoratif, impuissant à phlogoser la muqueuse intestinale, toute grande que soit la tendance de cette membrane à s'enflammer. Nous répondrons que, en face de notre tableau, nous ne pourrions accepter cette fin de non-recevoir. Voici pourquoi: quel est, aux termes de la médecine physiologique, de deux malades, dont l'un a eu trois ou quatres selles, et l'autre dix, dix-huit ou cinquante, celui dont la muqueuse intestinale a été le plus vivement excitée? Assurément, à moins d'aller au rebours de ses propres prin-

cipes, on ne peut soutenir que celui qui a été le plus vivement stimulé, est celui qui a eu seulement trois ou quatre selles : or, cependant, c'est précisément parmi ceux qui ont eu un petit nombre de selles, 5, 6, 7, que se rangent les quatre cas où le pouls a augmenté légèrement de fréquence, de 80 à 92, 4e fait; de 72 à 76, 10e fait; de 68 à 72, 25e. fait; de 60 à 68, 27e. fait. C'est encore en général dans des cas analogues, que le pouls demeure ce qu'il était pour la fréquence, avant l'administration du purgatif. Tandis que les cas où le pouls subit la diminution de fréquence la plus considérable, sont ceux où nous notons les selles les plus abondantes, 8, 9, 10, 18, 50 selles, ou nombre indéterminé de selles, désignées seulement par leur grande abondance : les cas principaux qui se placent dans cette catégorie, sont le 3e, où le pouls tombe de 108 à 84; le 9e, de 116 à 100; le 14e, de 100 à 68; le 21e, de 124 à 88; le 29e, de 80 à 60; enfin celui où 50 selles ont eu lieu à la suite du purgatif ordinaire, le pouls est tombé de 104 à 76.

Soit donc que nous considérions l'organe avec lequel les purgatifs sont mis directement en rapport, soit que nous considérions les appareils avec lesquels ces organes vivent dans la sympathie la plus étroite, là partout nous voyons que les choses se passent de telle manière, que l'on ne peut, sans se mettre complètement en dehors des faits, soutenir que ces agens ont déterminé la moindre phlogose dans la muqueuse gastro-intestinale; car que serait-ce qu'une phlogose aussi rapidement développée, et qui ne se révélerait à l'observation par aucune réaction, soit locale, soit générale. Mais, si dans aucun des cas que nous venons de rapporter et dans beaucoup d'autres analogues que nous pourrions placer à leur suite, il est impossible d'admettre qu'un travail phlegmasique de l'intensité la plus légère se soit développé par le fait de l'action des substances purgatives déposées à la surface de la muqueuse digestive, est-ce à dire que des substances douées d'une plus grande puissance d'excitation, ou les mêmes substances peut-être dans certaines conditions indéterminées, ne pussent enflammer cette membrane? Nous sommes à cent lieues de cette conséquence : nous reconnaissons que la membrane muqueuse gastro-intestinale, tant par l'action complexe de sa composition anatomique que par la multiplicité, la nature, et l'importance des fonctions qu'elle est appelée à remplir dans l'économie, est plus qu'aucun autre organe peut-être sujette aux perturbations morbides. Mais tout en posant ce principe à la tête d'une thérapeutique qui prétend à s'harmoniser avec les données d'une physiologie avancée, il ne faut point exagérer la susceptibilité irritative de cette membrane, jusqu'à en faire une espèce de *noli me tangere*, auquel les agens thérapeutiques ne peuvent toucher sans que toute l'économie ne menace de se détraquer à l'instant même. Si c'était le lieu ici de creuser un peu avant dans ces faits, peut-être arriverait-on à des conséquences de quelque portée en philosophie pathologique; mais outre que ce travail serait au-dessus de nos forces, il aurait l'inconvenient d'alonger encore cet écrit. Cependant nous ne pouvons nous empêcher d'exposer une idée, dont nous n'avons pu ne pas être frappé en face des faits sur lesquels roule ce mémoire. Depuis six mois environ que M. Andral nous a chargé de tenir son cahier d'observations, nous avons vu 80 ou 100 fois peut-être ce professeur avoir recours à des purgatifs plus ou moins énergiques dans le cours de diverses maladies; or, jamais nous n'avons vu une fièvre grave, ou une gastro-entérite, si l'on veut, se développer à la suite de l'emploi de ces agens. La chose est d'autant plus digne de remarque, que ce n'est pas seulement dans des lésions du cerveau, des poumons, du cœur, etc., que cet habile praticien emploie ces moyens, mais que souvent, le plus souvent même, autant bien que notre souvenir nous le rappelle, il y a recours pour combattre des embarras gastrique, intestinal, la colique de plomb, des entérites sans symptômes généraux graves, des coliques nerveuses, etc., c'est-à-dire des états morbides où, dans les principes de la nouvelle école, l'on voit pour lésion pathogénèse unique, l'irritation s'élevant dans quelques cas à son summum d'intensité, la phlegmasie. Or, si les groupes symptômatiques qui constituent les modes divers des fièvres graves, se résument tous anatomiquement dans la lésion intestinale d'où on les fait tous procéder comme expressions fonctionnelles morbides, comment se fait-il que dans aucun des cas par nous observés, nous n'ayons vu la surstimulation purgative, appliquée à une muqueuse déjà plus ou moins irritée (nous parlons dans le sens de la doctrine physiologique) aboutir à la génération d'une fièvre typhoïde?

Sans doute cette réflexion a été déjà faite; mais qu'on y songe bien, et nous sommes convaincu qu'on trouvera qu'elle a quelque portée. Quant à nous, bien que la nature de cette maladie ne soit représentée dans notre esprit que par une idée encore bien vague et bien incomplète, cependant nous croyons la connaître assez pour affirmer qu'elle n'est pas ce qu'on la dit être : notre conviction à cet égard est telle, que nous porterions volontiers défi au plus hardi de développer une fièvre typhoïde avec les caractères bien tranchés à l'aide d'une substance uniquement excitante. On dit que M. Scoutetten l'a fait naître à volonté sur des chiens qu'il a soumis à ses expériences, en les nourrissant avec des viandes gâtées, ne leur donnant que des eaux corrompues, et les forçant à séjourner dans un lieu sombre, humide, dont l'air était saturé des miasmes provenant et de leurs alimens pourris, et de leurs propres excrétions : nous le croyons volontiers; mais en vérité il faut être placé sous l'illusion d'une préoccupation bien étrange, pour ne voir là partout que des agens d'excitation pour la muqueuse digestive..... Eh! mais il y a là tous les élémens nécessaires pour improviser la peste..... Eh! mais, nous répond-on, la peste est une gastro-entérite. *Hic cœstus, artemque repono.* Nous ne pousserons pas plus loin cette controverse, et terminerons cette première partie de notre travail, en formulant les conséquences immédiates qui naissent des faits que nous avons rapportés; ces conséquences sont les suivantes :

1° Redouter l'action des substances purgatives dans le traitement d'un grand nombre de maladies aiguës et chroniques, soit du tube digestif lui-même, soit des autres agens, c'est se montrer logique, quand on admet sans restriction la théorie qui a tant exagéré le nombre des maladies de nature irritative dont la muqueuse gastro-intestinale est susceptible,

ainsi que la réaction morbide de cette membrane sur les autres organes ; mais c'est aller au-delà des faits.

2° Les faits démontrent que les substances dites irritantes, et nommément celles qui sont comprises sous le terme générique de purgatifs, peuvent être employées à de telles doses, qu'elles modifient d'une manière remarquable les fonctions de la muqueuse gastro-intestinale ; et 18 heures suffisent, terme ordinaire, pour que cette membrane revienne à un état complétement normal.

3° Etablir, à l'aide de faits, que cette membrane si étendue et si vitale peut être modifiée profondément dans ses fonctions par des agens perturbateurs, sans qu'il en résulte d'accident durable, c'est servir la thérapeutique, car celle-ci n'a point de voie plus sûre dans beaucoup de cas pour aller modifier l'organisme malade.

Dans la seconde partie de ce travail, nous examinerons l'action thérapeutique des agens dont nous venons d'étudier l'action physiologique.

Nouvelles observations sur la section du tendon d'Achille pour le traitement du pied-bot; adressées par M. STROMEYER, *aux Archives générales de Médecine.*

M. le rédacteur, la publicité que mon mémoire sur la section du tendon d'Achille a reçue en France, par la traduction de M. le docteur Richelot, insérée dans votre Journal, (1) me fait un devoir de vous communiquer quelques nouvelles expériences sur le même sujet, dont la connaissance sera utile pour ceux qui voudront employer ma méthode. C'est surtout la première de mes observations, où l'opération a manqué, qui a servi à en assurer le succès dans les autres cas.

I. Henri Leging, âgé de 7 ans, fils d'un jardinier des environs d'Hanovre, était né avec deux extrémités affectées de pieds-bots. Par un traitement chirurgical non interrompu depuis sa naissance, la forme de ses pieds fut en partie redressée, surtout celle du pied gauche, tandis que le pied droit resta toujours dans un état moins satisfaisant. Quand ce garçon me fut présenté, je trouvai le bord du pied droit fortement incliné en dedans, la pointe du pied tournée en bas, la jambe amaigrie. La marche, qui ne se faisait qu'en appuyant très-légèrement sur le bord externe du pied droit, était légèrement imparfaite, la pointe se dirigeant fortement en dedans. La mobilité volontaire du pied était très-limitée, mais une force extérieure le redressait facilement dans sa position naturelle. La guérison par des appareils exigeant trop de temps et de soins pour les circonstances où se trouvait ce jeune garçon, je proposai la section du tendon d'Achille pour égaliser, par ce moyen, l'action des muscles extenseurs et fléchisseurs du pied, dont l'antagonisme suspendu était évidemment la cause de la difformité du pied. L'opération se fit le 26 août 1832, de la même manière que dans les deux cas précédens. — Réunion des plaies, adhésion des bouts du tendon coupé le cinquième jour. Quoique je fusse bien persuadé que dans un sujet si jeune ces adhérences deviendraient plus fermes en moins de temps que dans une personne adulte, je n'osai cependant pas commencer l'extension avant le huitième jour, à cause de la sensibilité de la partie coupée. Le pied rentra avec beaucoup de facilité dans sa position naturelle, par une extension croissante pendant quinze jours. Le pied formait alors avec la face antérieure de la jambe un angle aigu d'à-peu-près 70°. Je le laissai dans cette position pendant trois semaines. Après avoir enlevé l'appareil, je trouvai que la substance intermédiaire, qui était plus mince que le tendon, n'avait pas plus de deux ou trois lignes de longueur. Le mollet se trouvait dans sa position ordinaire. Immédiatement après avoir ôté l'appareil, la forme du pied était très-régulière ; mais quelques heures après, la mauvaise position reparut entièrement, malgré le brodequin muni d'une tige de fer, dont l'usage devint douloureux en peu de jours. L'état du pauvre garçon n'était nullement amélioré. Je ne doutai pas alors que l'extension n'eût dû commencer plus tôt pour redresser la forme du pied par un alongement de la substance intermédiaire et non par celui des fibres musculaires. Une seconde section du tendon aurait sans doute redressé cette faute, mais les parens du garçon s'y opposaient, et il me fallut renoncer à tout autre traitement. Loin d'être déconcerté par cet échec, je souhaitais fortement de trouver l'occasion de mettre à profit, dans d'autres cas, la leçon que je venais de recevoir.

II. Henri Linse, âgé de 13 ans, fils d'un paysan de Schulenburg, près d'Hanovre, fut affecté d'un pied-bot de l'extrémité gauche, quand il avait quatre ans, sans cause connue. Comme rien ne fut fait pour le guérir, l'état du pied s'empira toujours. Dans le mois d'août 1833, il fut confié à mes soins. La difformité du pied était plus avancée que chez Leging, il marchait entièrement sur le bord externe et avec tant de douleurs, que le pauvre garçon était forcé de renoncer presque à tout mouvement. Les orteils, et surtout le premier, étaient fortement tournés en dedans et maintenus dans cette position par l'action du muscle grand fléchisseur du gros orteil, dont le tendon se trouvait dans un état de tension remarquable. Une grande callosité se trouvait au-dessous du bord externe du pied correspondant au point d'appui ordinaire pendant la marche. La jambe était amaigrie, le pied peu mobile ; une force considérable cependant était capable de le ramener en partie dans sa position naturelle. Avant de couper le tendon d'Achille, je divisai celui du muscle grand fléchisseur du gros orteil, en enfonçant le même couteau derrière le tendon sur le bord interne du pied, à peu près sur une ligne médiane entre le talon et le gros orteil. Après avoir laissé en repos pendant trois jours le pied entouré d'une bande, je le mis dans l'appareil extenseur, où je le fixai dans une position convenable. Une amélioration considérable dans la direction de la pointe du pied en fut l'effet en l'espace de huit jours. Alors je divisai le tendon d'Achille le 15 août. Attelle et bande, adhésion des bouts le cinquième jour. Extension. En dix jours le pied formait avec la cuisse un angle de 70°. Quatre semaines après la section du tendon d'Achille, l'appareil fut enlevé et le pied mis dans le bro-

(1) Voir le n° de janvier, tom. XVIII. de l'Encycl. p. 350.

dequin, et l'extension continuée pendant la nuit à l'aide de la vis. Le jeune garçon commença ensuite à marcher et avec une telle facilité, que trois jours après l'enlèvement de l'appareil je lui permis de sortir pour s'amuser pendant un quart-d'heure dans une rue bien pavée. Ce jeune homme, entraîné par le plaisir d'une liberté dont il avait été privé long-temps, ne rentre qu'après trois heures de promenade, très-fatigué sans doute, mais sans éprouver d'autre inconvénient. Quinze jours après il fut en état de faire une course de quatre à cinq lieues. Son pied avait alors sa forme naturelle, excepté une légère inclinaison de la pointe en dedans; il était très-mobile, et son volume avait accru. Six mois après je l'ai revu dans le même état; la jambe alors s'était plus développée encore.

III. Ferdinand Wesl, âgé de 9 ans, natif de la ville de Celle, était né avec un pied-bot de l'extrémité droite. Par une traitement chirurgical, l'état du pied fut amélioré pendant les premières années de la vie. A cinq ans il fut confié à mes soins. Son pied présentait alors la même difformité que celui du sujet de la première observation. Par un appareil convenable, je redressai le pied de manière que l'enfant fut capable de marcher très-bien avec un brodequin muni d'une tige de fer. Ce traitement dura cinq mois. Je le revis un an après: son état était le même, et il resta tel pendant deux ans. Des malheurs de famille le privèrent alors des attentions de ses parens, et ce fut pendant une maladie de longue durée que la difformité de son pied se reproduisit entièrement. En décembre 1833 il fut de nouveau confié à mes soins. L'état du pied était bien pire que la première fois, la marche presque impossible à cause des douleurs qu'elle lui causait. Le dos du pied formait une convexité avec la face antérieure de la jambe; les orteils étaient fortement inclinés en bas et rapprochés du talon; le premier orteil était attiré en haut vers le dos du pied, d'une manière assez singulière. — *Section du tendon d'Achille, le* 10 *janvier* 1834. — Adhésion des bouts le cinquième jour, extension de la substance intermédiaire. Le pied est redressé facilement. Il fut laissé dans l'appareil jusqu'au 28e jour après l'opération, et mis dans le brodequin. L'enfant marche tout de suite avec la plus grande facilité. Comme la pointe du pied se dirigeait encore un peu en dedans par l'action du muscle grand fléchisseur du gros orteil, j'en fis la section, et trois jours après celle de l'extenseur du même orteil pour en améliorer la position. Le pied fut mis de nouveau dans l'appareil, et le gros orteil tiré en avant par un agglutinatif. Huit jours après la dernière section, je lui permis de nouveau l'usage du brodequin. La section des tendons des principaux muscles du gros orteil, loin d'en paralyser les mouvemens, les avait rendus beaucoup plus libres. La force de l'extrémité s'accrut avec une grande rapidité. Je perdis de vue ce garçon vers la fin du mois de mars. La forme et la mobilité de son pied ne laissaient rien à désirer, et ne rappelèrent nullement l'état antérieur; sa démarche dans un brodequin ordinaire était parfaitement assurée.

IV. M.lle Brandes, âgée de 19 ans, native de Hanôvre, ayant souffert beaucoup dans sa jeunesse d'une dyscrasie scrofuleuse, fut affectée d'une paralysie des membres inférieurs à l'âge de deux ans, dans l'instant où elle courait dans sa chambre. Cette paralysie cessa quelque temps après, et laissa une grande débilité de l'extrémité droite, dont le pied se contracta graduellement. Les tentatives qu'on fit à diverses époques de sa vie pour en redresser la forme furent sans effet et causèrent des douleurs insupportables. Quand cette jeune demoiselle me fut présentée, le dos du pied ou l'astragale faisait une proéminence considérable, formait avec la face antérieure une ligne droite. Le pied n'était que très-peu enroulé en dedans. Le point d'appui pendant la marche était formé par la face extérieure de l'os métatarsien du cinquième doigt. Avec un talon de liége de la hauteur de quatre pouces, la plante du pied ne touchait pas le fond du brodequin. La jambe était maigre, la mobilité du pied presque nulle. La difformité ne se redressait que très-peu par une force extérieure. — *Section du tendon d'Achille*, le 11 mars 1834.—Adhésion des bouts le cinquième jour; extension. Trois semaines après l'opération, le pied formait un angle de 70°. L'appareil fut changé contre le brodequin, où le pied fut maintenu dans la même position. Un œdème du pied survint, mais se dissipa à l'aide de frictions alcoholiques en huit jours. La jeune demoiselle commença alors à faire des exercices réguliers. Elle marcha avec beaucoup de difficulté dans le commencement, à cause de sa longue habitude de se servir de son extrémité droite d'une manière toute différente. Cependant comme elle s'exerce avec le plus grand zèle, ces progrès sont rapides. A présent, trois semaines après les premières tentatives, elle marche sans appui, d'un pas assuré; la forme du pied ne rappelle nullement l'état antérieur. La mobilité en augmente de jour en jour. Le bonheur de cette jeune fille de se voir délivrée en si peu de temps d'un difformité hideuse, et de pouvoir marcher sans douleur, est vraiment touchant.

Dans ces trois derniers cas, il est impossible d'apprécier la longueur de la substance intermédiaire, et ce n'est qu'en cherchant les petites cicatrices qu'on découvre une partie du tendon plus mince que le reste. D'après la haute position du mollet, elle doit être considérable.

Les deux garçons, avec les moules en plâtre de leurs pieds dans l'état antérieur, ont été présentés à la Société de Médecine d'Hanovre.

En publiant ces observations, je suis très-loin de croire avoir épuisé ce sujet si plein d'intérêt pour l'humanité, qui fait descendre jusqu'aux classes pauvres les bienfaits de l'orthomorphie, cet art si cher jusqu'à présent. J'espère cependant avoir suffisamment fixé l'attention de mes confrères sur un procédé tombé déjà deux fois dans l'oubli pour les engager à le mettre en usage et en retirer tous les résultats dont il est susceptible.

Hanovre, le 29 avril 1834.

Dr. Louis Stromeyer, *chirurgien de S. M. le roi d'Hanovre.*

—

Mémoire sur l'état de la rate dans les fièvres périodiques, ayant principalement trait à l'initiative de l'affection de la rate sur les phénomènes fébriles; par PHILIP. PÈZERAT, *médecin en chef de l'hôpital de Charolles.*

M. Piorry a reconnu que la souffrance ou l'engorgement de la rate a constamment accompagné les fièvres intermittentes soumises à son observation; que le sulfate de quinine, qui a triomphé de la fièvre, a en même temps réduit le volume morbide de la rate; que la guérison de la fièvre n'a été solide qu'autant que celle de la rate a été entière. Je pourrais produire des faits nombreux à l'appui de ces propositions : je me bornerai aux deux suivans pour éviter des longueurs inutiles.

Obs. Ire — *Fièvre tierce; développement prodigieux avec imminence de rupture de la rate; marche rétrograde de cet engorgement sous l'emploi du quinquina.* — Je soignai en 1823 un artisan âgé alors de 36 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, ne se souvenant pas d'avoir éprouvé d'affection de la rate ni de fièvre intermittente, en butte aux symptômes généraux de la syphilis, occupant un logement sombre et travaillant dans un atelier humide.

Cet homme contracte sous ces influences une fièvre tierce, pendant le premier accès de laquelle la rate acquiert un volume énorme. Dans l'apyrexie, état stationnaire de l'engorgement de la rate, abattement extrême des forces, et douleur gravative de l'hypocondre gauche. A chaque nouvel accès l'intumescence de la rate fait des progrès effrayans. Durant le troisième, cet organe descend plus bas que la crête de l'os des iles, forme au-dessous des côtes une tumeur arrondie, dure, rémittente, douloureuse, qui n'a pas moins de dix pouces de diamètre dans ses parties accessibles au toucher, et a envahi la presque totalité de l'abdomen dont elle a grandement accru les dimensions. Chaque accès débute par le frisson, s'accompagne d'angoisses extrêmes, dont le point de départ est dans la tumeur décrite, et de tendance continuelle aux lipothymies. Ce dernier accident acquiert dans le troisième accès une intensité telle, qu'il menace immédiatement l'existence du malade. Le quinquina, administré à hautes doses avant l'époque du quatrième accès, en prévient le retour, et fait rétrograder l'engorgement de la rate dont la résolution définitive ne s'opère qu'avec lenteur.

Obs. IIe — *Fièvre successivement tierce, continue, double tierce rémittente, engorgement de la rate, gastrite.* — Un curé de campagne, âgé de 40 ans, replet et sanguin, ayant eu précédemment des fièvres intermittentes, atteint d'un engorgement chronique et indolent de la rate, contracte, dans le mois d'octobre 1828, une fièvre tierce avec douleur modérée de la rate. La fièvre et la douleur de la rate cèdent au bout de huit jours à l'emploi du sulfate de quinine. Une rechute est décidée par des écarts de régime. Elle se caractérise, les quatre premiers jours, par un mouvement fébrile, violent et continu. La fièvre revêt ensuite le type double-tierce, et à dater de cette époque l'engorgement de la rate s'accroit et devient douloureux. Cette douleur acquiert une grande intensité pendant les paroxysmes et se propage alors, et seulement alors, à l'épigastre et à l'hypocondre droit. Le sulfate de quinine, associé à la tridace, est supporté difficilement par l'estomac. Des lavemens de quinquina n'amènent qu'une diminution très-lente de la fièvre. Des mouvemens tumultueux perçus dans l'hypocondre gauche, suivis de selles copieuses, et de l'engorgement et de la souffrance de la rate, coïncident avec la disparition de la fièvre. Dans la convalescence, la rate reste un peu tuméfiée, la décoloration du visage persiste, la santé languit, malgré l'usage des amers à l'intérieur, des frictions sur la région occupée par la rate. Cet état de choses se maintient jusqu'au printemps suivant, où le malade prend les eaux de Vichy à leur source. Dans le commencement, l'emploi de ces eaux détermine quelques accès de fièvre intermittente. Leur usage prolongé est suivi de la réduction du volume de la rate et du retour à la santé.

Les deux faits qui précèdent ont une signification analogue à celle des faits que M. Piorry a rassemblés dans son mémoire. Ma manière de voir se trouve à cet égard entièrement conforme à la sienne; mais des circonstances favorables m'ont fait, je crois, pénétrer plus avant dans la recherche de l'évolution première de l'engorgement de la rate, considéré dans ses rapports avec le développement de la fièvre intermittente et rémittente, et l'exposé des observations que j'ai recueillies à ce sujet est l'objet principal de cette notice.

Obs IIIe. — *Fièvre intermittente ancienne; engorgement de la rate; récidives fréquentes de cette pyrexie périodique, annoncées plusieurs jours à l'avance par la récrudescence de l'induration de la rate.* — Un militaire, âgé de 24 ans, d'une stature moyenne, d'un tempérament bilieux, languissait depuis deux ans sous les atteintes réitérées d'une fièvre intermittente, primitivement quarte, lorsqu'il fut admis, en 1827, à l'hôpital de Charolles, où il fut soigné pendant plus de six mois en différentes fois.

La rate est plus que quadruplée dans son volume; le pourtour des ailes du nez, des paupières, de la bouche, offre une décoloration profonde, nuancée par une teinte jaune-terreuse; la face est œdématiée; les digestions s'opèrent avec lenteur; le malade a beaucoup perdu de son activité naturelle; il ne me présente jamais de gastrite ni d'entérite, soit aiguë, soit chronique, pendant son long séjour à l'hôpital, quoique je l'y soumette souvent à l'emploi des préparations de quinquina et des amers. Jamais non plus son foie ne paraît malade, malgré la prépondérance bilieuse très-prononcée de son tempérament.

Ce militaire éprouve sous mes yeux des récidives nombreuses de fièvre intermittente, quarte, quotidienne, tierce, offrant pour prodrômes constans des douleurs spléniques vives, accompagnées d'un accroissement considérable de l'engorgement de la rate, avec dureté plus grande et sensibilité sous la pression. Cette récrudescence de l'induration de la rate se déclare *plusieurs jours avant l'invasion du premier accès de chaque rechute.* Elle est tellement constante, comme signe avant-coureur de la récidive de la fièvre, que le malade m'avertit de l'imminence de son retour, en se fondant uniquement sur la tension douloureuse qu'il ressent à la rate, et que l'évènement ne manque jamais de

réaliser ses craintes dans ces circonstances. Dans l'intervalle des rechutes fébriles la rate diminue de volume et de rémittence, sans cesser d'être tuméfiée; elle est à peine sensible sous une forte pression. J'arrête facilement les accès par les préparations de quinquina, mais je ne parviens à éloigner définitivement les rechutes que par l'usage des eaux de Bourbon-l'Archambaud, dont l'effet immédiat est de réduire de moitié l'engorgement chronique de la rate.

Obs. IVe — *Fièvre éphémère guérie par la menstruation; engorgement aigu de la rate vers la cessation du flux menstruel; fièvre intermittente tierce passant au type double-tierce; récrudescence de la souffrance de la rate pendant le retour des accès.* — Une dame jeune, d'une forte constitution, d'un tempérament mixte, guérie depuis deux ans d'une fièvre double-tierce rémittente grave, et d'une splénite qui l'avait accompagnée, éprouve, le 24 novembre 1828, sous l'impression d'une atmosphère brumeuse, d'inquiétudes vives, des approches d'une époque menstruelle, une fièvre de trente six heures qui se termine par une sueur abondante et l'apparition des règles.

Le 29, veille du jour où l'écoulement périodique devait cesser, la rate devient, *dès le matin*, le siége d'une douleur aiguë qui augmente graduellement jusqu'à midi, heure à laquelle la malade est saisie d'un frisson violent. Dans le corps de l'accès fébrile dont il marque le début, les menstrues se suppriment, la langue présente une teinte rose, peu vive; l'épigastre n'est pas souffrant; la douleur de la rate s'exaspère pendant la période de froid, continue de croître avec le développement de la chaleur, et ne diminue que dans la nuit, dans la période de sueur.

Durant l'apyrexie du 30, la langue est un peu rouge, pointillée à sa pointe, blanche à sa surface, humide; l'abdomen et généralement souple est insensible à la pression, à l'exception de l'hypocondre gauche ou la rate se trouve modérément tuméfiée et sensible au toucher; la position verticale rend très vive la souffrance de cet organe, mais n'influence pas désagréablement l'épigastre, et n'amène pas de paroxysme fébrile; le décubitus sur le côté droit donne la sensation pénible du déplacement d'un corps lourd dans l'hypocondre gauche.

Le 1er décembre, un second accès (type tierce) débute à midi par un frisson *précédé de plus de deux heures* de la récrudescence de la douleur de la rate.

L'apyrexie du lendemain 2, fait place, à sept heures du soir, à un frisson léger qui constitue le premier stade d'un accès fébrile faible (type double-tierce). Ce frisson est *précédé d'une heure seulement* par l'exaspération de la douleur de la rate.

Le 3, la récrudescence de l'engorgement douloureux de cet organe a lieu *à dix heures* du matin; le frisson se manifeste *à midi*, s'accompagne d'un spasme intestinal, douloureux et fugace, avec ténesme. La souffrance et la tuméfaction de la rate cessent de croître avec le frisson, diminuent avec l'établissement de la sueur, l'accès plus fort que celui de la veille est cependant modéré.

Le 4, demi-lavement de quinquina en poudre dès le matin; le petit accès n'est marqué que par un peu de douleur à la rate, et le grand accès par un malaise général. Cependant les jours suivans, la rate était encore un peu douloureuse. Je prescrivis un nouveau lavement de quinquina, et la guérison ne tarda pas à être complète.

Obs. Ve — *Fièvre rémittente double-tierce; gastrite; engorgement de la rate dont les récrudescences commencent deux heures avant le retour des paroxysmes.* — Pendant les chaleurs d'août 1827, A...., âgé de 11 ans, nerveux et délicat, boit, à la suite d'un exercice violent, de l'eau très-fraîche et vaseuse, provenant d'un puits presque desséché. Bientôt après, fièvre précédée de frisson qui se prolonge quatre jours sans interruption, et revêt ensuite le type double-tierce remittent. Chaque paroxysme est annoncé environ *deux heures à l'avance*, par une douleur aiguë de la rate. Les signes qui le caractérisent d'ailleurs sont: tuméfaction de la rate dépassant de deux pouces les côtes sternales; continuité de la douleur splénitique, exaspérée par la pression; abdomen à-peu-près indolent; langue rouge à sa pointe et à ses bords, muqueuse à sa surface, humide; soif vive, nausées, parfois vomissemens muqueux ou bilieux peu abondans; urines rares et rouges; peau aride; pouls 150; céphalalgie intense; intégrité des facultés intellectuelles. Dans la rémission, le pouls reste à 85; la rate, moins tendue et moins douloureuse, est encore tuméfiée et sensible sous la pression; la face tuméfiée est profondément décolorée. Pendant la grande acuité des symptômes, les moyens de traitement se bornent à la diète, aux boissons mucilagineuses et acidulées. Lorsque les rémissions furent remplacées par des intermittences complètes, le quinquina, administré en lavemens, arrêta subitement les accès. L'engorgement de la rate, devenu presqu'indolent, se prolongea dans la convalescence, qui fut longue et laborieuse.

Obs. VIe — *Impression miasmatique, diminution du flux menstruel, engorgement douloureux de la rate. Nouvelle congestion abdominale, fièvre tierce, accroissement de l'affection de la rate.* — Une femme de la campagne, âgée de 30 ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, s'expose plusieurs fois à la pluie dans le mois de novembre 1828, moment où les fièvres intermittentes sont communes dans notre pays. L'écoulement du flux menstruel a lieu peu de jours après, mais éprouve une diminution notable. L'hypocondre gauche devient le siége d'une douleur permanente, gravative, à exaspérations fréquentes, fixée précisément au-dessous des côtes sternales, dans la région occupée par la rate. Le toucher fait reconnaître la tuméfaction manifeste et la sensibilité morbide de cet organe.

Dans les premiers jours de décembre, la pléthore, signe avant-coureur de la menstruation, se prononce; une fièvre tierce se déclare. Son symptôme prédominant est une forte exaspération de la douleur et de l'engorgement de la rate au moment du frisson. La fièvre se prolonge après le cours régulier du flux périodique.

Obs. VIIe — *Influences miasmatiques, fièvres rémittentes graves. Souffrance de la rate, congestion abdominale mensuelle; fièvre tierce mensuelle.* — Une demoiselle, d'une constitution forte, éprouve, dans ses dixième et douzième années, sous l'influence d'une habitation humide, mal éclairée, de constitutions atmosphériques propres au développement des fièvres périodiques et de travaux intellectuels trop assidus, d'abord, une fièvre rémit-

tente cérébrale qui met ses jours en danger et cède au quinquina, puis des fièvres doub'es-tierces moins graves, éloignées par la même médication.

A douze ans, habitation plus saine, mais située à proximité d'une petite rivière. Fièvre tierce, peu sérieuse, qui disparaît comme les précédentes par l'emploi de l'écorce du Pérou en lavemens. La santé n'est toutefois pas entière. La région de la rate est le siége d'une douleur obtuse; les forces languissent; les paupières, le pourtour des ailes du nez et de la bouche présentent une pâleur anormale. Il ne tarde pas à se déclarer une fièvre tierce, très-remarquable par la périodicité de ses reprises et par la ressemblance parfaite qui les caractérise. Elle reparaît chaque mois, débute par un accès modéré; le second acquiert une grande intensité; le troisième et dernier est très-faible. Aucun moyen, même diététique, n'est opposé à cette pyrexie. Elle cesse spontanément chaque mois pour revenir le suivant, et disparaît au septième spontanément. Peu de mois après la menstruation s'établit. A dater de ce moment la santé est parfaite, et n'est troublée que par la légère indisposition décrite dans l'observation suivante.

Obs. VIIIe — *Influence miasmatique faible, souffrance graduée et légère de la rate, développement lent et successif de tous les signes précurseurs de la fièvre : accès fébrile bien caractérisé.* — Dans l'été de 1829, la demoiselle, sujet de l'observation précédente, âgée alors de 16 ans, ressent à la partie supérieure de l'hypocondre gauche, dans le point occupé par la rate, une faible douleur gravative, habituelle, plus prononcée dans l'inclinaison du corps en avant. En même temps sa langue se recouvre d'un léger enduit saburral à son milieu et à sa base, sans aucune rougeur morbide; le pourtour des lèvres, du nez, des yeux, pâlit sensiblement, et cette décoloration contraste, par une ligne de démarcation bien tranchée, avec la coloration des joues qui passe du rouge vif clair au rouge brun terne. L'appétit se perd, les forces diminuent, la tristesse remplace la gaîté habituelle du sujet; la santé s'altère de jour en jour davantage. Il survient des malaises fugaces, des frissons irréguliers, croissans. Tout annonce l'explosion prochaine d'une fièvre périodique. Un accès a effectivement lieu avec les périodes de frisson, chaleur et sueurs bien dessinées. L'usage intérieur de la fumeterre dissipe la douleur de la rate, éloigne la fièvre et rétablit la santé.

Réflexions. — Les six derniers faits dont je viens de reproduire le tableau rapide, me paraissent jeter quelque jour sur l'époque du développement primitif de l'engorgement de la rate dans la fièvre périodique. Reprenant cette assertion au point où l'a laissée M. le docteur Piorry, ils établissent que l'affection de la rate peut précéder la fièvre intermittente de types divers, et la fièvre rémittente. Nous en trouvons la preuve dans le résumé suivant : notre troisième observation présente une récrudescence douloureuse et très-manifeste d'une induration chronique de la rate, précédant et annonçant invariablement, plusieurs jours à l'avance, des rechutes de fièvre intermitente quotidienne, tierce, quarte, en l'absence de toute autre lésion organique appréciable, notamment d'altération du foie, quoique le sujet de cette observation soit éminemment bilieux. La quatrième observation met en évidence l'initiative de la souffrance de la rate, non-seulement sur les premiers accès, mais sur tous ceux d'une fièvre successivement tierce et double-tierce, et sur un sujet qui, guéri depuis deux ans d'une induration de la rate, n'en souffrait nullement depuis lors : ce fait me paraît surtout remarquable par le rapport rigoureux dont il démontre l'existence entre l'époque où la souffrance de la rate s'est manifestée et l'intensité des accès que sa tuméfaction douloureuse annonçait, les accès forts ayant été devancés de deux heures par la douleur de la rate, l'accès faible du 2 décembre, d'une heure seulement, et le simulacre du dernier accès n'ayant consisté que dans une faible douleur de la rate. Dans la cinquième observation, les paroxysmes d'une fièvre double-tierce grave sont aussi annoncés constamment deux heures à l'avance par l'accroissement du volume et de la douleur de la rate. Dans la sixième, l'engorgement douloureux de cet organe précède d'un mois, sur un sujet sain, une fièvre tierce dont les symptômes dominans sont la souffrance du même viscère et l'accoissement de son induration. La douleur de la rate précède encore l'explosion de la fièvre mensuelle, décrite dans la septième observation. La huitième enfin nous dévoile, dans la douleur sourde de l'hypocondre gauche, une affection simple et débutante de la rate, dans la nuance obscure où son engorgement n'est pas encore perceptible au toucher, et où sa souffrance doit le plus souvent passer inaperçue. Quoique la valeur de ce dernier fait puisse être contestée en ce que la percussion médiate n'a pas été appliquée à la démonstration physique de l'intumescence de la rate, il me représenta la production graduée des prodômes de la fièvre et de l'accès fébrile lui-même, sous l'altération croissante de la rate, en l'absence de toute complication propre à en obscurcir le diagnostic.

Je ferai remarquer que, sur les femmes qui nous ont fourni les observations 4, 6 et 7e, c'est à l'occasion de la congestion abdominale menstuelle que s'est développé l'engorgement de la rate qui a préludé aux accès fébriles; que chez les malades de nos six dernières observations, l'engorgement primitif de la rate, ou sa récrudescence, a revêtu les caractères de congestions actives, a offert la douleur spontanée et la sensibilité au toucher qu'on retrouve dans les viscères enflammés, et ne peut avoir été la conséquence de la fièvre puisqu'il a devancé son début de plusieurs jours (obs. 3.e) et même d'un mois (obs. 6.e), et ses accès ou paroxysmes d'une ou deux heures (obs. 4.e et 5.e). Je rappellerai qu'un accès fébrile constitue le tableau raccourci d'une phlegmasie; et j'énoncerai, comme une présomption qui me paraisse devoir confirmer des observations ultérieures faites sur une plus grande échelle que les miennes, que les phénomènes des accès fébriles sont à l'engorgement de la rate, ce que le frisson, les longues périodes de chaleur et de sueur sont à la pleurésie, à la péripneumonie, ce que l'ensemble des lésions fonctionnelles que l'on représente par les mots de *fièvre inflammatoire, symptômatique*, est à tout organe dont cette fièvre décèle la souffrance dans les phlegmasies.

En raisonnant dans cette supposition, dont la vraisemblance ressort des faits consignés dans ce travail, l'induration ancienne de la rate, généralement regardée comme une conséquence de la fièvre, consisterait dans sa phlegmasie chronique passée à l'état indolent, inapte dès-lors à développer la fièvre, mais l'éveillant de nouveau dans ses récrudes-

cences aiguës, comme le malade de notre troisième observation nous en donne une exemple.

D'après cette manière de considérer les rapports des affections de la rate à la fièvre périodique, son inflammation primitivement aiguë, ou la récrudescence de la phlegmasie chronique, serait la condition organique des accès fébriles intermittens.

Mais d'autres faits me font penser, 1° que l'inflammation de la rate n'est pas la cause unique de la fièvre intermittente; 2° que des conditions organiques plus complexes sont celles des fièvres rémittentes, et je me propose d'en faire l'objet de nouveaux mémoires sur les fièvres périodiques.

—

Comme la question qui fait le sujet du mémoire de M. Pezerat, n'a point encore été traitée dans les *Archives*, nous avons cru devoir faire suivre celui-ci de quelques réflexions, afin que tous les élémens de cette question, un peu prématurément résolue, se trouvent exposés.

L'objet de ce mémoire est de démontrer que la fièvre intermittente n'est que le symptôme d'une inflammation de la rate; cette opinion est appuyée sur huit faits auxquels il manque trop de détails pour permettre des déductions positives. En effet, on n'y trouve pas assez de renseignemens sur les phénomènes morbides étrangers à l'état de la rate, et quant aux symptômes présentés par ce dernier organe, ils se résument dans l'énonciation de la douleur perçue à la région qu'il occupe, et de sa tuméfaction appréciable à la vue et au toucher.

Un seul phénomène morbide sert de base à cette théorie: c'est une douleur qui a son siége dans l'hypocondre gauche, et qui précède plus ou moins l'invasion des accès fébriles. Cette douleur se retrouve en effet dans les huit observations du mémoire. Il n'en est point ainsi de la tuméfaction de la rate dont il n'est point fait mention dans deux observations sur huit.

Pour que de la présence de ces symptômes on pût tirer une telle conclusion, il faudrait qu'ils se représentassent dans tous ou presque tous les cas de fièvre intermittente; il faudrait en outre que, dans la majorité des cas au moins, les gonflemens avec douleur de la rate déterminassent des accès de fièvre intermittente. Or, nous pouvons avancer que loin d'être constans, ces symptômes manquent dans une proportion immense de cas; et les annales de la science en renferment un bon nombre où des affections de la rate de nature très-diverse, telles que congestion avec ou sans douleur, hypertrophie, etc., ont existé sans produire jamais rien qui ressemblât à des accès de fièvre intermittente.

Mais admettons que la douleur et l'engorgement de la rate existent dans tous les cas de fièvre intermittente, que pourrait-on rigoureusement en conclure? De ce que certaines fièvres intermittentes ont pour prodrôme une céphalalgie très-vive qui précède chaque accès de plusieurs heures, est-on en droit d'en conclure que la fièvre a son siège dans la tête (1)? Est-ce qu'une affection, quelle qu'elle soit, n'existe pas dans l'économie animale avant de produire des symptômes? et dans le cas qui nous occupe, cette douleur et cette tuméfaction ne sont-elles pas tout simplement les premiers symptômes appréciables de l'affection fébrile intermittente? Une seule chose découlerait de la constance de ces symptômes si elle était réelle; c'est que toutes les fièvres intermittentes offrent des phénomènes morbides communs qui en font une véritable famille naturelle.

Les auteurs qui ont attribué les fièvres intermittentes à une affection de la rate, tout occupés d'un seul phénomène, ont semblé perdre de vue tous les autres, ou du moins, s'en être rendu compte d'une manière imparfaite. Ainsi, nous ne pouvons admettre le parallèle qu'on a établi entre le frisson des fièvres intermittentes et celui qui signale ordinairement le début de l'inflammation d'un viscère tel que le poumon, etc., entre le stade de chaleur et l'état fébrile qui coïncide avec l'acuité de cette inflammation; et enfin, entre le stade de sueur et les transpirations abondantes qui ont lieu à la fin de la même inflammation, phénomène qui, du reste, est loin de se reproduire toujours (1). Il est d'ailleurs extrêmement difficile de concevoir qu'une inflammation assez profondément établie dans un tissu pour y déterminer des altérations matérielles, puisse s'en emparer à des époques fixes, pour cesser dans l'intervalle (2).

En admettant comme cause de la fièvre intermittente la congestion sanguine de ce viscère, phénomène dont on peut concevoir très-bien la périodicité, nous ne ferions qu'éloigner la difficulté; il faudrait encore rechercher la cause de ce phénomène singulier, la périodicité, que personne n'a encore expliquée, et, malgré tous nos efforts, la congestion de la rate demeurera effet et non cause.

Quelques remarques encore: ni l'inflammation, ni la congestion d'aucun autre viscère, ne déterminent des accès de fièvre intermittente. — Dans plusieurs des cas cités par M. Pezerat, le malade avait eu des fièvres intermittentes avant d'être soumis à l'examen de ce médecin, et ces fièvres avaient pu être *causes* de l'affection de la rate. — Au-

---

(1) *Voyez* dans STRACK, *Observ. medic. de feb. intermitt.*, obs. 41, un exemple de fièvre intermittente dont chaque accès est précédé *de deux heures* par une toux dont l'intensité est proportionnée à l'intensité de l'accès fébrile qui va suivre. Par l'usage du quinquina, on supprime la toux et la fièvre; si la toux, après un long intervalle de temps, se manifeste de nouveau, la fièvre ne manque pas de reparaître. On pouvait d'avance reconnaître par cette toux les récidives de la fièvre qui était assez souvent occasionnée par l'intempérance du malade. — L'auteur cité n'a point eu l'idée de faire de la fièvre intermittente une phlegmasie des bronches.

(1) *Voyez*, à l'occasion de cette comparaison, M. Rayer, *Dictionnaire de Méd. en 21 vol.*, t. XII, p. 387

(2) Ceci nous rappelle une phrase de M. Mongellaz, qui dit sérieusement que l'on ne connait point de *cancer, ni de phthisie pulmonaire intermittents!* (*Essai sur les irritations intermittentes*, t. I.er, p. 11). — En général, les inflammations ont une marche continue et rémittente, et ne se montrent qu'assez rarement avec le type intermittent; dans ce cas même, elles sont le plus souvent consécutives à d'autres affections. Si quelques modernes ont émis une opinion contraire à celle que je viens d'énoncer, c'est qu'ils ont pris des rémissions et des exacerbations pour de véritables intermissions..... (M. RAYER, *loc., cit.* p. 395).

cun résultat d'inspection cadavérique n'est cité à l'appui de la doctrine qui reconnaît la fièvre intermittente pour une splénite. — Si la fièvre intermittente est une inflammation de la rate, son traitement n'est-il pas la chose la plus bizarre? etc., etc.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'on a cherché à *localiser* la fièvre intermittente, et qu'on a voulu en faire une phlegmasie; cette dernière opinion a été surtout soutenue par l'école physiologique; mais d'après M. Mongellaz (*Essai sur les irritations intermittentes*), les fièvres intermittentes, sont non des *splénites*, mais des *phlegmasies gastriques ou gastro-entériques*. L'importance incontestable des organes digestifs rend cette hypothèse un peu moins invraisemblable que celle qui en met le siége dans la rate. C'est M. Audouard qui a, sinon le premier, du moins avec le plus de talent, soutenu que le siége primitif de la fièvre intermittente est dans cet organe. Suivant lui, c'est la réplétion de l'organe splénique qui produit la réaction et les différens phénomènes sympathiques qui surviennent dans le deuxième stade; même dans les fièvres pernicieuses! On voit qu'il y a une nuance très-marquée entre l'opinion de M. Audouard et celle de M. Pezerat; l'un admet une *réplétion*, l'autre une véritable phlegmasie. La première hypothèse se trouve en opposion avec nos connaissances physiologiques, en attribuant à la simple réplétion d'un organe à vitalité obscure des phénomènes si variés et souvent si redoutables.

Plus récemment M Piorry a publié un mémoire *sur l'hypertrophie de la rate dans les fièvres intermittentes* (1). Ce médecin, s'appuyant sur de nombreux résultats de la percussion médiate, insinue, plutôt qu'il n'affirme, que la rate est affectée dans tous les cas de fièvre intermittente. Voici comment il s'exprime à ce sujet: « Dans les faits précédens il y a eu, dans 22 cas sur 27, hypertrophie de la rate; dans un cas, souffrance de la rate sans hypertrophie; dans trois cas, maladies d'organes qui touchaient à la rate; et dans le dernier, il s'agissait d'une maladie *fort différente* des fièvres intermittentes, puisque la chaleur précédait la sueur. Il semblerait donc que toutes les fièvres intermittentes *légitimes* et *franches* coïncideraient avec une souffrance de la rate. » La conclusion n'est pas excessivement rigoureuse. Il nous semble que dans une question comme celle-là, on ne devrait pas négliger les recherches d'une foule d'observateurs qui ont écrit sur la matière, et qui semblent avoir mis aussi eux beaucoup d'attention dans leurs observations (2). Il résulte de la lecture de leurs ouvrages, que la souffrance de la rate n'est point un phénomène constant, et que parmi les altérations anatomiques dévoilées par l'autopsie, un certain nombre d'organes en offrent qui sont tout aussi graves et presque aussi fréquentes que celles de la rate. Le docteur Nepple, qui a exercé la médecine dans un pays où les fièvres sont endémiques, considère l'engorgement de la rate seulement comme *fréquent*, et il ajoute, comme pour répondre aux insinuations interrogatives de M. Piorry et aux idées théoriques émises dans les mémoire qui précède: « .... Et, en effet, c'est une simple obstruction, une congestion sanguine et passive, puisqu'elle ne se forme que pendant le stade de froid, au moment où la circulation veineuse est embarrassée. Il ne peut donc pas y avoir le moindre doute sur la cause de l'obstruction. Celle-ci est un produit de la fièvre, et n'en est jamais la cause. *Cette lésion ne tient pas toujours à la fièvre*; elle dépend souvent, comme je l'ai dit, de la seule constitution des habitans des marais (1). » Du reste, on ne peut rien conclure du mémoire de M. Piorry, où ce médecin pose un grand nombre de questions auxquelles, malgré ses efforts, il ne peut trouver aucune solution, de telle sorte que le lecteur, cherchant en vain si l'auteur a une opinion, se trouve par contre-coup dans la position d'esprit la plus pénible.

Le docteur Nepple, juge compétent dans la matière, a répondu directement au mémoire de M. Piorry, et, suivant nous, avec un plein succès (2). Voici un très-court extrait de sa lettre que nous voudrions reproduire en entier: « L'engorgement de la rate s'opère d'un manière plus ou moins évidente chez le plus grand nombre d'individus atteints de la fièvre d'accès, c'est un symptôme anatomique presque obligé de cette maladie; mais aussi cet engorgement est souvent peu prononcé, quelquefois presque impossible à constater, et se dissipe dans l'intervalle d'un accès à l'autre, ou peu de temps après la cessation complète de la fièvre, tandis que d'autres fois, comme l'a observé Sydenham, et moi-même bien souvent, l'obstruction splénique *ne commence à bien se manifester que du moment où les accès ont été arrêtés*..... L'engorgement de la rate, s'opérant toujours matériellement par le sang veineux, c'est au reflux et à la stagnation de celui-ci qu'on doit l'attribuer. Ce reflux et cette stagnation dépendent à leur tour de l'embarras qui a lieu presque constamment dans la circulation veineuse abdominale pendant le premier stade de chaque accès.... Aussi l'engorgement de la rate est-il faible ou presque nul toutes les fois que le premier stade de la fièvre a été court et peu marqué, le cours général de la maladie n'a pas dépassé deux septenaires, que le sujet est d'une constitution fortement contractile, et que les organes abdominaux sont par-

(1) Dans ce titre, ce n'est plus une réplétion, ni une inflammation, c'est une hypertrophie, ce qui n'empêche pas l'auteur de dire, page 368: .... « Qu'il est certain que l'état de la rate dont il s'agit, consiste dans une congestion de cet organe. » — Les mots *hypertrophie* et *congestion* ne sont cependant pas synonymes; ils expriment au contraire des états pathologiques très-différens. Aucune science n'est possible, la science de la médecine moins que toute autre, sans une précision rigoureuse de langage.

(2) *Voyez* parmi les modernes, Baillie, Nepple, Faure, etc.

(1) *Essai sur les fièvres rémittentes et intermittentes*, p. 241. — Cette affection de la rate, toujours liée à un obstacle au cours du sang dans le tronc ou les branches de la veine porte, n'appartient pas exclusivement à la fièvre intermittente; toutes les maladies du foie, des ovaires, du pancréas, etc., qui gênent la circulation veineuse abdominale, donnent lieu à son développement. (M. RAYER, *loc. cit.*, p. 356).

(2) *Lettre sur l'engorgement de la rate dans les fièvres intermittentes.* (*Gaz. méd.*, p. 613.)

faitement intègres, de même que le ventricule droit du cœur.. . Mais cet engorgement sera d'autant plus manifeste et de longue durée, que le frisson, le froid glacial, le tremblement du premier stade, auront été plus intenses, plus prolongés et plus souvent répétés; que la constitution sera plus molle, plus veineuse; les veines abdominales et les viscères plus amples et plus lâches, comme on le remarque chez l'indigène de pays marécageux; enfin, et c'est là une circonstance accidentelle, que la sueur qui termine chaque accès aura été moindre ou plutôt refoulée par imprudence. Car s'il est un fait certain en médecine, c'est celui de l'obstruction de la rate, bien plus fréquente et surtout plus considérable et plus rebelle pendant le cours de la fièvre quarte et dans les circonstances que nous venons d'indiquer, que dans toute autre..... Ce n'est pas seulement la rate qui souffre de la réplétion sanguine veineuse, c'est encore tout l'appareil veineux et lympatique sous-diaphragmatique....., etc. »

M. Nelet a recueilli dans le service de M. Piorry, à l'hôpital de la Pitié et publié l'année dernière, dans sa thèse, deux observations beaucoup plus spécieuses que celles de M. Pezerat. L'une d'elle a été imprimée dans ce Journal, cahier de mars 1834, page 137. — On y voit l'inflammation de la rate, ou du moins son engorgement douloureux causé par une violence extérieure, s'accompagner d'une fièvre intermittente tierce guérie par le sulfate de quinine. Mais qui ignore qu'une fièvre intermittente, de quelque type qu'on voudra, puisse être déterminée par une variété presque infinie de causes? Une chute, un accès de frayeur, l'influence subite du froid, celle d'un soleil ardent (1), etc., sont autant de causes de cette espèce d'affection (2). Ce fait n'a donc rien de concluant; rien ne prouve que les accès ont été déterminés par l'inflammation de la rate plutôt que par la chute ou par l'émotion qui a dû en être le résultat (3).

L'opinion la plus généralement admise actuellement, c'est que la fièvre intermittente est une affection des centres nerveux (4). Cette doctrine est la plus satisfaisante de toutes celles qui ont été émises jusqu'à présent. Mais si nous sommes éclairés sur le siége probable de cette affection, elle n'en est pas moins encore pour nous un profond mystère sous beaucoup de rapports.

Sans aucun doute, la localisation des maladies a été une grande et belle idée; la médecine a encore beaucoup de chemin à faire dans cette voie. Mais cette voie n'est point sans limites : elle a ses écueils. On saura se renfermer dans les unes et éviter les autres, si, aux travaux de détails, on réunit les idées d'ensemble; si l'on n'étudie point un phénomène morbide isolément et sans y rattacher non seulement tous les phénomènes morbides, tant généraux que locaux, qui viennent se grouper autour de lui, mais encore toutes les idées de physiologie et de pathologie générale qu'il doit naturellement rappeler à l'esprit de l'observateur versé dans ces sciences. G. R.

(1) Faure. *Des fièvres intermittentes et continues* 1833.

(1) Toute irritation locale un peu vive, quel que soit son siège, peut, par son influence sympathique sur le système nerveux, déterminer le développement d'une fièvre intermittente. (M. Rayer, *loc. cit.*, p. 369.)

(3) *Voyez* dans la *Gazette médicale*, N.° du 30 mai 1834, une observation de fièvre intermittente triple-tierce, survenue à la suite d'une hémorrhagie utérine, etc., et rattachez-la, si vous pouvez, à une phlegmasie de la rate. On sait que quelquefois des fièvres intermittentes sont causées par le cathétérisme, chez des sujets non exposés aux causes admises de ces fièvres. On en lit un exemple fort remarquable dans le tome I.er du *Traité des fièvres* de Giannini. Hallé rapporte qu'une personne faisant des expériences de chimie, et laissant dégager de l'hydrogène impur, fut prise de fièvre intermittente. (Cité par M. Mongellaz, *Essai sur les irritations intermittentes*, tome II, p. 475.)

(4) *Voyez* l'excellent article de M. Rayer, sur les fièvres intermittentes, déjà cité.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Extrait d'une observation de calcul biliaire passé de la vésicule dans l'intestin grêle par une communication fistuleuse et déterminant des symptômes mortels d'étranglement interne; par M. RENAUD, interne à l'hospice de la Vieillesse (Femmes).

Marie, âgée de 75 ans, reçue à l'hospice de la Salpêtrière, à cause de son grand âge, jouissait d'une bonne santé, sauf une constipation habituelle. Le 11 janvier 1834, après son repas, elle fut prise de vomissemens qui continuèrent la nuit et les jours suivans.

Le 14 janvier, jour de son entrée à l'infirmerie, elle présentait les symptômes suivans : vomissemens fréquens de matières d'abord alimentaires, puis bilieuses, point de céphalalgie, peu de soif, très-vives douleurs à l'épigastre et dans le flanc droit, légère tension de l'abdomen, constipation. On sentait, en palpant la région du colon, quelques tumeurs stercorales dures. (Cat., lav.)

Le 15, vomissemens abondans de matières vertes sans mauvaise odeur. Face grippée, yeux abattus, langue sèche, rouge à sa pointe; abdomen moins sensible à la pression, plutôt empâté que tendu; peau chaude, pouls filiforme, abdominal. (Cat., pot. buil.)

Le 16, vomissemens toujours bilieux, sans odeur; pas d'évacuations alvines; douleurs abdominales aiguës; pouls à peine sensible; extrémités froides : on croit sentir à travers les parois abdominales et du côté droit, un empâtement et même un corps arrondi qui pouvait être l'obstacle au cours des matières fécales.

Mort le 17 janvier.

Autopsie. — L'estomac très-dilaté descendait jusqu'au bas de l'hypogastre; le duodénum était resté à sa place ordinaire, retenu par des adhérences avec la vésicule et le foie. Les tuniques intestinales étaient saines, mais la partie supérieure de l'intestin grêle a subi, dans l'étendue de plusieurs pieds, une dilatation considérable : la partie inférieure, diminue de diamètre. A la partie supérieure de l'intestin grêle était une tumeur oblongue, très-dure, de la

grosseur d'un œuf de pigeon, formant obstacle au cours des matières fécales. Cette tumeur était un calcul biliaire. Des adhérences solides existaient entre la vésicule du fiel et le duodénum, et une large perte de substance limitée par elles faisait communiquer les deux cavités. Cette perforation ne paraissait pas très-ancienne. Le gros intestin contenait des matières fécales très-dures.

Rapport sur l'observation précédente;
Par M. MAISONNEUVE.

Un très-petit nombre de faits semblables existe dans la science. Le premier, inséré dans les Bulletins de la Société anatomique pour l'année 1829, est dû à M. Monod. C'est un cas d'obstrution complète du jéjunum par un calcul biliaire, chez un vieillard qui, dans les derniers jours de sa vie, avait été en proie à tous les accidens des étranglemens internes. Ce calcul, de forme conique, avait un pouce 3 lignes de hauteur, et un pouce 2 lignes de diamètre à sa base qui était tournée du côté de l'estomac. Les parois du jéjunum étaient fortement appliquées sur lui. Une grande quantité de liquide distendait la partie supérieure du tube intestinal, qui offrait quelques traces d'inflammation. Le duodénum et le colon ascendant adhéraient au fond de la vésicule biliaire. Une perforation, qui permettait la facile introduction du doigt, établissait une communication entre la cavité du duodénum et celle de la vésicule.

Le deuxième, cité par M. Leigh Thomas, dans le *The médico-chirurgical Transactions*, est un cas d'obstruction du gros intestin, causée par une pierre biliaire d'un volume extraordinaire; ce calcul donna lieu à tous les symptômes d'une hernie étranglée. M. Thomas avait proposé l'opération, mais la malade s'y refusa; on attendit; le calcul fut évacué par les selles, et les symptômes disparurent.

Le troisième est rapporté par M. Brayne. Un de ses malades rendit par les selles un énorme calcul biliaire, sans autre symptôme que ceux d'une colique hépatique violente. Après la mort, qui eut lieu plusieurs années après, on trouva la vésicule et le duodénum solidement adhérens, et présentant les traces d'une ancienne ulcération.

Un quatrième est celui cité dans l'*Ancien Journal de Médecine*, d'une femme septuagénaire qui, depuis trois ou quatre mois, était affectée d'une douleur fixe vers la région du cœcum. La passion iliaque se déclara, et après plusieurs jours de durée tous les accidens cessèrent par l'évacuation d'un calcul biliaire qui était de couleur jaune, à surface polie, et de la grosseur d'un œuf de poule.

Un cinquième est celui cité par J. L. Petit, d'une dame qui eut une jaunisse accompagnée de coliques. Il parut une tumeur dans l'hypocondre droit, qui, d'abord peu remarquable, devint ensuite assez volumineuse. Divers médicamens furent administrés sans succès. On prescrivit des bains. Après le troisième, la malade eut un vomissement accompagné de convulsions et d'une évacuation de sang fort considérable. On trouva dans les matières une pierre biliaire de deux pouces et demi de longueur sur un pouce et demi de diamètre. Elle était polie par les deux bouts, ce qui fit soupçonner qu'il y en avait d'autres. La malade s'est rétablie.

Enfin le 6e est rapporté par Puy-Royer. Il s'agit d'un homme de 56 ans qui depuis long-temps éprouvait de la gêne dans l'exercice des fonctions digestives. Il fut pris tout-à-coup de douleurs abdominales et de vomissemens. Les accidens continuèrent pendant treize jours, et les matières vomies, d'abord alimentaires, devinrent successivement muqueuses et stercorales. La constipation était opiniâtre, le pouls faible et petit, les forces abattues. Enfin le malade succomba le 26e jour de la maladie. On trouva dans l'iléon des calculs biliaires agglomérés qui en remplissaient exactement la cavité. Ils formaient par leur réunion un cylindre continu qui se sépara en plusieurs pièces par la dessiccation. La vésicule contenait beaucoup de concrétions analogues, et l'une d'elles obstruait l'extrémité inférieure du canal cholédoque, qui présentait au-dessus une dilatation extraordinaire.

Les faits que je viens de rapporter, joints à l'observation de M. Renaud, confirment pleinement l'opinion de MM. Cruveilhier et Bouillaud; savoir, que les calculs biliaires volumineux rendus par les selles, sortent à travers une ulcération de la vésicule et d'un intestin accolé. Un seul fait (le 6e) semblerait infirmer cette proposition, mais dans ce cas il s'agit d'une agglomération de petits calculs, et non d'un calcul volumineux. On pourrait même étendre la proposition, et dire que l'issue de ces calculs volumineux se fait le plus souvent à travers une ulcération du duodénum, comme le prouvent l'observation de M. Renaud, celles n° 1 et 3. De plus, tous ces détails se réunissent pour attester qu'il peut s'établir, même au sein de nos organes les plus importans, un travail d'adhésion et d'ulcération, sans que l'économie en ressente aucun trouble.

Mais c'est surtout sous le rapport pratique que l'examen de ces faits peut nous fournir des considérations intéressantes. D'abord nous voyons que les accidens résultant de cette espèce d'étranglement ne consistent que dans le trouble mécanique de la digestion; qu'il suffit d'enlever l'obstacle pour les faire disparaître, et que lors même que par la persistance de l'obstacle la mort survient, on n'observe aucune altération organique, aucune inflammation notable, soit dans la muqueuse intestinale, soit dans le péritoine. Je ne veux pas dire néanmoins que cela ne puisse jamais avoir lieu. Je connais un fait dans lequel le cœcum étant obstrué par un amas de matières stercorales, la mort a été le résultat d'une gangrène de l'intestin. Mais ce fait diffère essentiellement des trois que j'ai cités, en ce que le siége de l'étranglement était dans le gros intestin, et non pas dans l'intestin grêle. Dans ce cas, en effet, l'intestin grêle tout entier se trouvant libre, il n'y avait point à la digestion d'empêchement mécanique; la nutrition pouvait avoir lieu. Aussi le malade a-t-il vécu un temps assez long pendant lequel les parois du cœcum ont pu s'enflammer et se gangrêner. Lorsqu'au contraire l'obstacle existe dans un portion élevée de l'intestin grêle, la mort arrive avant que l'inflammation ait pu se développer, et cette terminaison est d'autant plus rapide, que le siége de l'étranglement se trouve dans un endroit plus rapproché de l'estomac. Cela se conçoit facilement *à priori*, et les faits le prouvent d'une manière évidente. En effet, dans l'observation n° 6, l'obstacle existant au milieu de l'iléon, le malade a pu vivre vingt et quelques jours, tandis que dans l'observation n° 1 et celle de M. Renaud, l'étranglement siégeant

au commencement du jéjunum, les malades ont succombé très-rapidement.

Ceci étant posé, voyons s'il est possible de diagnostiquer, approximativement au moins, le siège de ces étranglemens. Pour cela je vais passer rapidement en revue les principaux symptômes de cette maladie. D'abord les vomissemens : lorsqu'un obstacle existe dans la partie supérieure de l'intestin, il est évident que les déjections devront être fréquentes, que jamais elles ne seront stercorales, comme le prouve l'observation de M. Renaud. Si l'obstacle au contraire siége à une partie plus déclive de l'intestin, les alimens ont pu subir un certain degré d'altération ; les vomissemens peuvent être stercoraux, comme dans l'observation n° 6.

Il en est de même pour le ballonnement du ventre : M. Renaud a bien constaté que l'abdomen n'était aucunement distendu, qu'il avait conservé de la souplesse, et cependant il y avait obstacle mécanique à la circulation des alimens, il y avait régurgitation. C'est qu'alors l'étranglement était à la partie supérieure de l'intestin, que l'estomac seul et le duodénum se trouvaient dilatés, ce qui ne suffisait pas pour distendre l'abdomen. Toutes les fois au contraire que dans des cas analogues l'étranglement aura son siége dans la partie supérieure de l'intestin grêle ou dans le gros intestin, le ventre sera tendu, ballonné ; les circonvolutions intestinales se dessineront à travers les parois de l'abdomen, et surviendra tout le groupe des symptômes qui accompagnent la tympanite.

Enfin la marche des accidens généraux, la rapidité avec laquelle ils se manifesteront, l'anxiété, les sueurs froides, les lipothymies, la faiblesse et la dépressibilité du pouls, pourront, tout en donnant la mesure de la gravité de la maladie, servir aussi à faire connaître le siége de l'obstruction. En effet, l'obstacle se trouve-t-il à la partie supérieure de l'intestin grêle, les accidens se succèdent et marchent avec rapidité ; la vie est en danger immédiat si l'on n'applique un prompt remède. Le malade reste-t-il au contraire plusieurs jours dans le même état, les vomissemens ne surviennent-ils que long-temps après les premières coliques, les accidens généraux ne se manifestent que lentement et avec peu d'intensité, il est presque hors de doute que l'obstacle réside dans la partie inférieure de l'intestin.

Cependant il ne faudrait pas attacher à chacun des signes que je viens d'exposer, une importance trop grande. Isolés, ils ne donnent guère que la probabilité ; réunis, ils constituent une certitude.

Sur les observations que nous avons rapportées, quatre fois les forces de l'organisme ont pu suffire à l'expulsion de l'obstacle, et les malades se sont rétablis. Dans les trois cas qui se sont terminés par la mort, le calcul était libre dans l'intestin qui n'avait pas eu la force de l'expulser. Cette simple exposition des faits trace au médecin la marche à suivre dans le traitement de cette maladie ; son rôle doit être d'aider l'organisme impuissant, de solliciter les contractions péristaltiques de l'intestin ; l'énergie des moyens qu'il emploiera sera subordonnée à la gravité des accidens, au siége de l'obstacle.

Cependant il vaudrait mieux alors pécher par trop de hardiesse que par trop de timidité. En effet, la maladie est grave, elle menace la vie d'une manière plus ou moins instante ; ce n'est pas là le cas de craindre une légère irritation du tube intestinal. Je crois donc qu'il importe, dans ce cas, d'user largement des purgatifs drastiques, l'huile de croton tiglium, à la dose de trois, quatre ou cinq gouttes, la décoction de noix vomique, etc. Ces médicamens pourront être introduits, soit par l'estomac, soit par les intestins, soit enfin par la méthode endermique, selon les circonstances ; quelquefois même il sera utile de combiner ces méthodes.

Cette médication, quelqu'énergique qu'elle soit, ne produira pas de grands accidens ; l'intestin, comme je l'ai déjà fait remarquer, n'offre presqu'aucune trace d'inflammation ; et si les purgatifs devaient en produire, elle s'appaiserait facilement, comme toutes les inflammations déterminées par des causes externes.

Observation de tumeur encéphaloïde développée dans l'arachnoïde rachidienne, et déterminant la compression de la moelle épinière; Par M. HARDY, interne à l'hôpital Saint Louis.

De toutes les causes des compression de la moelle épinière, une des plus rares est certainement l'existence de tumeurs dans ses membranes d'enveloppe. La plupart des observations de ce genre qui ont été consignées dans les auteurs et dans les recueils périodiques, se rapportent à des tumeurs de la dure mère rachidienne. Une seule, recueillie par M. le docteur Collin, et publiée dans le N° d'avril 1824 de la *Revue médicale*, fait mention d'une tumeur cérébriforme développée dans l'intérieur de l'arachnoïde, et qui comprimait la moelle à la région dorsale. Cette altération est à-peu près semblable à celle que j'ai rencontrée, et qui, par sa rareté, m'a paru digne de fixer l'attention.

La femme Secouard, âgée de 55 ans, commença, en août 1831, à éprouver dans les extrémités inférieures un affaiblissement accompagné de douleurs très-vives, et de contractures musculaires revenant de temps à autre. Cette faiblesse augmentant toujours, fut portée, au bout de quelques mois, au point de ne plus permettre à la malade de se soutenir sur ses jambes, qui ne pouvaient exécuter aucun mouvement volontaire, quoiqu'elles n'eussent rien perdu de leur sensibilité. Vers le mois de janvier 1832, on lui appliqua des moxas à la région dorsale, sur les côtés de la colonne vertébrale ; elle put alors s'appuyer un peu sur ses jambes, et alla même jusqu'à faire quelques pas, soutenue par deux béquilles : mais cette amélioration ne fut pas de longue durée ; au bout de deux mois la paralysie revint, et avec elle reparurent des douleurs vives, des élancemens dans *le bas-ventre* et les extrémités abdominales. On essaya plusieurs genres de traitement dont la malade ne put rendre compte ; elle parla seulement de l'acupuncture, qui avait été essayée sur une cuisse, et qui, comme le reste, était demeurée sans succès.

Le 11 octobre 1833, la femme Secouard entra à l'hôpital Saint-Louis. Les membres inférieurs atrophiés avaient perdu tout mouvement ; il existait un peu de contracture à l'articulation du genou de chaque côté. Ces membres con-

servaient toute leur sensibilité, et étaient le siége de picotemens et de douleurs qui s'étendaient jusques dans le bas-ventre. Les selles étaient involontaires, les urines coulaient continuellement par regorgement; ces deux derniers symptômes existaient depuis quelques jours seulement. Il n'y avait à la colonne vertébrale aucune déformation, et la malade n'accusait de douleur dans aucun point de son étendue.

L'état général était assez satifaisant; il n'y avait rien d'appréciable du côté de la circulation ni de la respiration.

Tous ces symptômes persistèrent pendant le temps que cette femme fut soumise à notre observation. Peu-à-peu les douleurs augmentèrent d'intensité et empêchèrent tout sommeil; la malade les comparait à des piqûres d'épingles continuelles. La contracture des membres fut poussée au point de ne pas permettre la moindre extension de la jambe; les talons touchaient presque les cuisses; la malade n'urinait que par regorgement; on était obligé de la sonder deux fois par jour. Aucun nouveau symptôme ne survint avant la mort, qui eut lieu le 26 octobre 1833: seulement les derniers jours la sensibilité paraissait un peu émoussée dans les membres paralysés. Pendant sa maladie la femme Secouard avait constamment joui de toutes ses facultés intellectuelles.

A l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes le système veineux extérieur au cerveau et à la moelle très-gonflé et rempli de sang. Cet état était surtout remarquable à la partie inférieure de la moelle épinière. Le cerveau et le cervelet étaient sains; il existait toutefois dans les ventricules un peu plus de sérosité qu'à l'ordinaire.

Au niveau de la deuxième vertèbre dorsale on trouva, à la partie gauche et postérieure de la moelle, une tumeur longue de deux pouces, large de six lignes, de forme à-peu-près olivaire, couchée dans le sens de sa longueur dans le canal rachidien, entre les feuillets de l'arachnoïde. Son extrémité supérieure était placée dans l'écartement des racines antérieures et postérieures de la seconde paire dorsale; la racine postérieure paraissait plus longue et plus mince, comme si elle avait été tiraillée. La tumeur était maintenue dans sa position par quelques petits filamens adhérens au feuillet médullaire de la séreuse; elle ne tenait nullement à sa portion pariétale. A l'extérieur elle était assez ferme, présentait des inégalités, était d'une couleur blanchâtre et sillonnée par quelques vaisseaux sanguins. En l'incisant, nous vîmes qu'elle était composée d'une enveloppe fibreuse contenant une matière molle, blanchâtre, grumelée en quelques endroits, et se rapprochant du tissu encéphaloïde. La portion de la moelle qui correspondait à la tumeur était diminuée par suite de la compression; son volume était réduit d'un tiers environ. Elle paraissait en cet endroit et au-dessous avoir une consistance un peu moindre qu'à l'ordinaire.

Les autres organes ne présentaient rien de remarquable.

Cette observation est à-peu-près semblable à celle publiée par le docteur Collin. Toutefois comme il n'indique pas de quelle manière la tumeur était maintenue dans sa position et qu'il se contente de dire qu'elle était développée entre les feuillets de l'arachnoïde, M. Ollivier, d'Angers, qui rapporte ce fait dans son *Traité des maladies de la moelle épinière*, est porté à croire qu'elle dépendait de la dure-mère. Ici elle est évidemment développée dans la cavité de l'arachnoïde; il ne peut y avoir de doute. Elle n'était nullement adhérente à la membrane séreuse pariétale, et tenait seulement, par quelques filamens, au feuillet interne de la séreuse, qu'on voyait parfaitement tapisser la pie-mère en cet endroit. Ainsi on ne peut dire non plus que la tumeur était développée dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; car dans ce cas, en haut et en bas, on aurait vu l'arachnoïde se réfléchir sur la tumeur, ce qui n'avait pas lieu. Quant aux symptômes, ils ont été à peu-près les mêmes dans les deux cas; il y avait également paralysie du mouvement et contracture; mais chez la malade de M. Collin, il existait de plus dans les membres inférieurs une paralysie du sentiment qui n'a pas été observée chez notre malade, si ce n'est dans les dernières heures de la vie, où nous avions noté un affaiblissement léger de la sensibilité. L'absence de ce symptôme est d'autant plus remarquable, que la tumeur située en arrière de la moelle en comprimait surtout la partie postérieure qui, selon les physiologistes modernes, serait spécialement affectée à la sensibilité.

Observation d'héméralopie avec amaurose incomplète; ramollissement et atrophie des nerfs optiques; par M. TEISSIER, interne à l'Hôtel-Dieu.

Monestier, maçon, âgé de 48 ans, fut reçu à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n.° 27, le 11 juin 1833. Depuis quelques mois il ne peut voir qu'en plein jour. La vision est possible du lever au coucher du soleil, mais elle croît ou décroît suivant l'intensité plus ou moins grande des rayons lumineux: faible à midi, elle est très-obscure le soir et le matin, et nulle pendant la nuit. Si l'on présente au malade une lumière artificielle, il la voit; mais les rayons qu'elle lance sur les corps environnans sont faiblement perçus, au point que tous les objets sont confondus pour lui. Du reste la maladie n'a point commencé subitement: insensible dans son début, elle s'est accrue progressivement, et augmente de jour en jour.

Il n'y a jamais eu de douleur à la tête ou aux yeux. Les pupilles dilatées habituellement, sans déformation, se resserrent, mais faiblement par l'action subite de la lumière. Les yeux sont parfaitement transparens. (Saignée; ipécacuanha; séton au col.)

Le 23 juin, amélioration sensible dans l'état de la vue. Un érysipèle se déclare autour du séton, des accidens généraux surviennent, et le malade meurt le 30 juin.

Autopsie 24 heures après la mort. — Les membranes et les humeurs des yeux sont dans un état parfait d'intégrité. Dans l'orbite les nerfs optiques sont un peu atrophiés; leur consistance est à-peu-près naturelle, leur extrémité oculaire présente sa densité habituelle. A partir du trou optique l'atrophie est beaucoup plus considérable; leur couleur est altérée et leur consistance presque nulle. Vers leur côté externe existe une substance bleuâtre diffluente, semblable à la substance grise des nerfs olfactifs. Le côté interne

présente une série de points blanchâtres, surtout au niveau du carré; là existe encore une commissure de substance blanche. Le côté externe de chaque nerf semble n'avoir subi aucun changement de direction; au contraire, les deux côtés internes se confondent intimement, sans qu'il soit possible de dire s'il y a ou s'il n'y a pas entrecroisement. La lame de substance grise qui recouvre le chiasma est également bleuâtre et diffluente. Depuis le carré jusqu'aux tubercules quadrijumeaux, les racines des deux nerfs, d'abord ramollies, cessent de présenter cette altération, mais sont considérablement atrophiées et à peine distinctes des parties environnantes.

On se demandait, il y a quelques années, si le nerf optique jouait un rôle dans la vision, et si cette fonction n'était pas complètement sous la dépendance de la cinquième paire, comme on croit l'avoir démontré pour la faculté olfactive. Dans le cas qui vient d'être rapporté, les racines, le ganglion, la première branche de la cinquième paire et le ganglion ophthalmique, ne présentaient aucune altération pathologique, aucune variété anatomique, et l'on peut conclure qu'une lésion anatomique des nerfs optiques a déterminé seule la perte presque complète de la faculté visuelle.

Note sur des tubercules dans le placenta et dans l'utérus, chez une femme phthisique; par M. HARDY, interne des hôpitaux.

Au 1er janvier 1832, Marie Nolet, blanchisseuse, âgée de 35 ans, présentait tous les signes de la phthisie pulmonaire; elle se disait enceinte de sept mois, et sentait parfaitement remuer son enfant. Le 6 elle succomba. Immédiatement après sa mort on lui fit l'opération césarienne pour tâcher de sauver le fœtus, s'il était possible; mais il n'était déjà plus vivant.

L'autopsie fut pratiquée le lendemain. Les poumons étaient extrêmement adhérens à la plèvre : tous deux présentaient des tubercules ramollis et en grand nombre dans les parties antérieure et supérieure; vers ce point il existait encore des cavernes. De plus, le poumon droit présentait de traces évidentes de congestion sanguine; il paraissait augmenté de volume.

Le foie n'avait pas l'aspect qu'il offre ordinairement chez les phthisiques; il avait, à peu de chose près, son volume et sa couleur accoutumés. La rate était bien plus petite qu'à l'état normal : dans aucun de ces deux organes on ne trouva de tubercules; mais il n'en fut pas de même de l'utérus et du placenta.

A sa surface externe l'utérus offrait un assez grand nombre de petites saillies sous le péritoine; en les incisant on les reconnaissait pour des tubercules à l'état cru : il n'en existait pas de semblables dans l'intérieur du tissu de la matrice ni près de sa face interne. Alors souvent on a observé des tubercules dans l'utérus; mais ce que les auteurs n'ont pas signalé comme pouvant se rencontrer dans la phthisie pulmonaire, c'est l'existence de tubercules dans le placenta. Ici ces produits morbides, au nombre de huit ou dix, sont disposés çà et là sur la face utérine de cet organe. Quelques-uns sont gros comme des pois; deux ont à-peu-près le volume d'une noisette; ils sont d'une couleur blanchâtre, assez résistans; on pourrait bien les prendre pour du tissu squirrheux, si la coexistence de tubercules dans le poumon, dans l'utérus et dans le même organe, ne devait les faire rapporter à ce dernier genre de production morbide. En examinant la face fœtale du placenta, on aperçoit et on sent sous le doigt une grande quantité de petits tubercules miliaires recouverts par la membrane de l'amnios.

Les organes du fœtus étaient à l'état normal; ils ne présentaient aucune trace de maladie tuberculeuse.

Mémoire sur les bruits du cœur et des artères, et principalement sur celui de souffle, et sur les causes qui les produisent; par M. PIORRY.

Laënnec, s'appuyant sur des faits publiés par Wollaston en 1810, et par Erman de Berlin, dans lesquels des muscles en contraction faisaient entendre un bruit de rotation spéciale, et ayant lui-même reconnu l'exactitude de ces observations dans l'action de plusieurs muscles, crut devoir attribuer le bruit de soufflet et de râpe à la contraction musculaire elle-même, et au spasme dont les muscles pouvaient être atteints. Il ne s'explique pas sur les causes anatomiques des bruits normaux du cœur, mais évidemment il est porté à admettre pour eux la même explication, puisqu'il dit que le *claquement* de l'oreillette ressemble au bruit de souffle (1).

M. Bouillaud ayant observé, comme Laënnec, des cas où le bruit de soufflet avait existé chez des sujets qui, à la mort, présentaient des rétrécissemens au niveau des valvules, admit que le passage du sang à travers les orifices du cœur était accompagné d'un frottement qui donnait naissance au bruit dont il s'agit.

M. Pigeaux crut que le sang, venant heurter contre les parois du cœur, donnait lieu aux bruits que l'on entend.

Je répétai sans succès ses expériences et j'en ajoutai de nouvelles; je fis passer de l'eau à travers des tubes, et quoiqu'il n'y eût pas de rétrécissement à ces tubes, j'entendis le bruit de soufflet, tandis que je ne pus produire celui de râpe qu'en frottant des corps solides les uns contre les autres.

MM. Marc-Despines et Rouanet donnèrent aussi chacun une théorie des bruits du cœur : celle de ce dernier était

---

(1) Un courant d'eau, dit-il, établi à travers des tuyaux à incendie, produit un simple frémissement à la main, mais ne cause aucun bruit, excepté dans les cas où il y a un mélange d'air et d'eau : il entendit cependant le bruit de soufflet lorsque des mains vigoureuses pressèrent le tuyau; mais toujours préoccupé de son explication, il attribua le bruit, non pas au passage du liquide, mais bien à la contraction des muscles des mains qui comprimaient les tuyaux. (*Traité de l'auscult. méd.*, 2.me édit., tome II, p. 763.)

très-ingénieuse, et fut appuyée sur quelques observations de l'auteur. M. Filhos l'adopta dans sa dissertation inaugurale, et M. Bouillaud dans un remarquable travail sur le bruit de soufflet dans les artères, renouvella mes expériences sur les bruits que donnent les liquides, cita le passage que m'avait communiqué M. Pelletan, passage que j'avais publié dans la *Lancette*, et admit que le bruit de soufflet n'était pas dû, comme le voulait Laënnec, au spasme du cœur ou des artères, mais qu'il pouvait dépendre : 1° ou de l'augmentation de la puissance motrice du cœur, 2° ou d'un rétrécissement de quelque point du canal que doit traverser la colonne sanguine, ou enfin d'une cause qui a rendu inégale, rugueuse, la surface habituellement polie sur laquelle coule ordinairement le sang. Il paraît aussi porté à penser que la densité du sang peut avoir de l'influence sur la production de ce bruit.

Mais M. Corrigan (*Journal de médecine et de chirurgie d'Edimbourg*), attribua dans certains cas le bruit de soufflet à l'insuffisance des valvules et à l'ouverture permanente de l'entrée de l'aorte. Dans ce cas, le bruit de soufflet est double, non seulement dans le cœur, mais encore dans l'aorte, et on sent par la palpation un frémissement spécial. M. Corrigan a entendu, dans des expériences sur le passage des liquides à travers des tubes, que c'était non pas sur les points comprimés et rétrécis, mais au-delà, et sur les parties les moins tendues et les plus flasques, que le bruit de soufflet se faisait entendre.

M. Spittal, d'Edimbourg, se servant de tubes de plomb fermés par un robinet, et ouvrant plus ou moins celui-ci, produisit le bruit de râpe en tournant ce robinet (comme je l'avais obtenu en frottant des corps solides les uns contre les autres), et donna lieu à un bruit de soufflet d'autant plus fort, que l'ouverture qui permettait le passage du liquide était plus large.

Les onze cas cités par M. Corrigan, parmi lesquels il n'y a qu'un très-petit nombre de nécropsies, et les deux faits de M. Spittal, n'étaient ni assez nombreux ni même assez positifs pour établir d'une manière solide ses opinions sur la nature du bruit de soufflet (1).

Dans toutes les expériences précédentes, le liquide, passant dans des tubes solides, donnait lieu aux bruits du cœur. Mais M. Magendie en a fait ultérieurement, d'après lesquelles il paraîtrait que ces bruits correspondraient aux frottemens que le cœur exécute contre les parois costales.

Le professeur Turner (*Trans. de la Société méd.-chirurgicale d'Edimbourg*, t. III), et le docteur Hope, en 1830, se fondant, l'un sur l'examen du pouls veineux des jugulaires, l'autre sur des expériences, établirent que la théorie de Laënnec n'était pas exacte, et le second surtout que la contraction des oreillettes n'est accompagnée d'aucun bruit. M. Magendie a fait une suite de recherches intéressantes, desquelles il résulterait que le premier bruit du cœur est produit par le choc de la pointe de cet organe contre les parois de la poitrine ; que le second est dû au frottement de la face supérieure du ventricule droit, qui, au moment de sa dilatation, vient aussi frapper brusquement la face postérieure du sternum ; et les portions des parois thoraciques qui en sont voisines : il suffit, sur un animal vivant, d'établir un obstacle mécanique entre le cœur et les parois, et d'y placer un corps qui ne puisse donner lieu à des sons, pour que les bruits du cœur cessent d'avoir lieu.

D'un autre côté, M. Bouillaud mit à découvert le cœur d'un coq et de deux lapins, et appliqua l'oreille sur cet organe, soit avec la médiation d'un linge, soit avec celle d'un stéthoscope, et entendit *très-distinctement* un double bruit ; ayant ensuite extrait le cœur et l'ayant ausculté pendant qu'il battait encore, les bruits ont cessé d'être entendus.

Au milieu de tant d'autorités et de tant de résultats contradictoires, dans le doute où me laissaient des faits très-nombreux recueillis à la Salpêtrière, j'ai dû avoir recours à de nouvelles expériences, et voici en quoi elles consistent :

1° Un clyso-pompe établissant un courant d'eau par saccade, dans un tuyau non compressible, on entendit par l'auscultation un bruit assez analogue à celui qu'on obtient en soufflant dans ses mains pour les échauffer. Le diamètre de l'ouverture qui terminait le tube influait peu sur ce bruit qui s'entendait à-peu-près de la même manière lorsque le stéthoscope reposait sur un point voisin ou sur un point éloigné de l'orifice du conduit. Plus le coup de piston était fort, plus le bruit était marqué ; la surface interne du tuyau était unie et sans aspérités, et cependant le bruit de souffle se faisait distinctement entendre.

2° On mit à découvert la veine cave inférieure d'un cadavre, on y introduisit la canule du clyso-pompe ; d'un autre côté, l'artère pulmonaire fut ouverte, le médiastin ne fut pas intéressé, et le côté gauche de la poitrine resta intact. Le sternum et le cœur conservèrent leurs rapports ordinaires ; un courant d'eau fut établi à travers le cœur droit, et le liquide passa largement par l'artère pulmonaire (1). L'auscultation étant alors pratiquée sur le sternum et sur un point qui visiblement correspondait aux cavités droites, on entendit très-distinctement le passage du liquide, et le son qui en résulta avait beaucoup d'analogie, tantôt avec le bruit généralement attribué au ventricule, tantôt avec celui de souffle ; il variait selon l'énergie du

(1) M. Guyot vient de publier récemment une observation remarquable recueillie dans le service d'un médecin profondément versé dans le diagnostic, M. le docteur Rayer. Cette observation, fort détaillée, et accompagnée de la nécropsie, tend à corroborer les opinions de M. Corrigan, qui d'ailleurs, dans ses expériences sur les injections dans les tubes, dans ce qu'il dit sur la position des membres et dans son traitement des maladies du cœur, se rapproche beaucoup des faits que j'avais signalés long-temps avant. D'autres observations citées par M. Guyot manquent de la circonstance capitale pour juger la question, je veux dire de la nécropsie.

(1) Chose remarquable, le *jet était continu*, tandis que *l'impulsion à l'aide du piston du clyso-pompe avait lieu par saccades marquées*. Ceci prouve le rôle important que joue l'action élastique des artères, explique comment il se fait que la circulation soit continuelle, bien que les contractions du cœur poussent le sang par jets successifs, et rend aussi raison du défaut de saccade dans les veines.

coup de piston, et suivant des circonstances difficiles à apprécier : on s'était bien assuré qu'il ne pénétrait pas d'air dans la canule ; d'ailleurs, quand il y en aurait eu, le courant d'eau l'aurait bientôt entraîné (1).

3.° On fit glisser légèrement le doigt contre le sternum, et l'on n'entendit pas de bruit manifeste ; on y fit de légères frictions avec le cœur du cadavre : le son qui en résulta ne ressemblait pas au bruit normal ou anormal du cœur. Dans une autre expérience, le doigt frottant avec force la face postérieure du sternum fit entendre quelques bruits, mais différens de ceux du cœur.

4° On mit à découvert une des veines pulmonaires d'un autre cadavre, et l'on ouvrit l'aorte vers sa terminaison. Le médiastin et le côté gauche de la poitrine furent laissés intacts. L'expérience précédente fut faite à travers les cavités gauches du cœur, les bruits furent encore plus manifestes ; leur analogie avec celui de cœur était parfaite ; cependant les caractères en variaient, suivant des circonstances inappréciables, depuis le souffle jusqu'au bruit sourd. Plus le coup de piston était fort, et plus les sons étaient marqués.

5° On enleva le sternum et l'injection fut continuée ; alors les bruits furent beaucoup plus marqués encore ; c'était le souffle le plus caractérisé et qui correspondait toujours aux coups de piston. Il sembla à plusieurs d'entre nous que le bruit était plus fort sur les ventricules que sur les oreillettes.

Ces expériences furent faites à la fin du mois de mai, dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, devant un grand nombre d'élèves, et aucun résultat ne fut écrit sans que tous les assistans, sans exception, ne fussent d'accord sur les bruits qu'on entendait ; il en fut ainsi des suivantes auxquelles prirent part MM. Bottu et Leréverend.

6° Craignant que l'orifice de la canule du clyso-pompe n'influât sur la nature des bruits qu'on entendait lorsque le liquide était lancé dans les tuyaux, on enleva la canule, on vida l'instrument de l'air qu'il pouvait contenir et on injecta dans l'aorte, d'abord loin du cœur, puis près de lui, l'eau poussée par la pompe. On avait eu soin de lier les artères collatérales et de fixer par une ligature l'artère sur le tube de l'instrument. Le stéthoscope fit alors entendre distinctement sur le cœur gauche, un bruit de souffle, évidemment en rapport avec le passage du liquide : ceci eut lieu dans le premier temps de l'expérience, soit lorsque les valvules sigmoïdes ou mitrales s'opposaient au passage du liquide, soit lorsque cette résistance étant surmontée, l'eau s'écoulait à travers les orifices du cœur. La même expérience, faite dans l'artère pulmonaire, donna lieu au même résultat : seulement ce bruit était alors beaucoup plus fort et plus éclatant.

(1) Les bruits que cause le mouvement de l'air mélangé à des liquides dans les tuyaux, est tellement fort et tellement caractéristique, qu'on l'aurait facilement reconnu. Ces bruits auscultés dans le cœur fourniraient un excellent moyen de diagnostic, dans les cas où l'air pénètre dans les veines, à la suite d'une opération, ce qui n'est pas toujours suivi d'une mort prompte. M. Putégnat, dans une thèse fort remarquable sur ce sujet, a réuni plusieurs cas dans lesquels la vie avait été conservée, malgré ce terrible accident.

7° Pour éviter que les bruits du cœur fussent modifiés par l'air du dehors, on plongea cet organe dans l'eau et les bruits furent les mêmes.

8° On détruisit, à l'aide du doigt et de ciseaux introduits dans l'aorte et l'artère pulmonaire, les valvules sigmoïdes ; d'abord d'un côté, puis de l'autre, et les bruits furent tout aussi prononcés qu'ils étaient avant. Ils étaient toujours évidemment plus forts sur le ventricule droit, beaucoup plus mince, que sur le ventricule gauche, de beaucoup plus solide et plus épais.

9° On détruisit les valvules mitrales et triglochines en introduisant les doigts et des ciseaux dans les oreillettes gauche et droite du cœur, et l'on fit encore des injections par l'aorte ; dans ce cas on entendit encore les mêmes bruits, mais toujours plus forts à droite qu'à gauche, et plus marqués dans les ventricules que sur les oreillettes.

10° En rendant l'impulsion forte et rapide, on entendait un bruit plus retentissant et plus clair ; en prolongeant l'impulsion, le son était plus sourd. Le premier bruit ressemblait plus à celui qu'on attribue à l'oreillette, et le second rappelait mieux le bruit qu'on dit appartenir aux ventricules.

11° On introduisit alors le tube d'un premier clyso-pompe dans l'aorte, et le tube d'un second instrument semblable dans l'artère pulmonaire ; on fit jouer les pistons des deux instrumens à la fois, de telle sorte que l'injection se fit en même temps des deux côtés, et deux côtés aussi on entendait le bruit de souffle, mais toujours plus marqué sur le ventricule droit que sur le gauche (1).

12° On fit passer l'eau exclusivement dans les cavités droites. Le bruit fut très-fort, on l'entendait même dans tout le cœur gauche où on fit ensuite circuler le liquide ; le son était plus faible dans ce dernier cas, mais plus rapproché que le bruit du cœur droit qu'on venait d'entendre sur le cœur gauche. A peine le son produit dans les cavités gauches s'entendait-il dans le cœur droit. En faisant succéder les coups de piston à droite et à gauche, on entendait successivement les deux bruits fort distincts l'un de l'autre, car celui du côté droit était beaucoup plus sonore et beaucoup plus fort.

13° On plaça une ligature sur l'aorte près du cœur, entre cet organe et le tube du clyso-pompe ; elle était mollement serrée, de manière à rendre inégale et rugueuse la surface interne du vaisseau et à permettre incomplètement, par une ouverture retrécie, le passage du liquide. Or, le bruit de soufflet fut, dans ce cas, extrêmement marqué sur le rétrécissement et plus encore que dans les cas précédens ; c'est surtout lorsqu'on auscultait le passage du liquide à travers cet orifice, au moment où l'artère et le cœur étaient plongés dans l'eau, que l'on reconnaissait parfaitement les bruits de soufflet du cœur.

14° C'était exclusivement sur le point rétréci que ce bruit était si manifeste ; au dessus et au-dessous il était beaucoup moins sensible.

On peut déduire de ces faits :

1° Que le passage du sang dans le cœur peut produire, et produit en effet, un bruit spécial.

(1) Les clyso-pompes dont je me suis servi ont été confectionnés par M. Charbonnier, rue Saint-Honoré, N.° 343, et sont très-convenables pour faire ces expériences.

2° Que la cause principale des bruits du cœur sous le sternum est le passage du sang à travers cet organe. Sans doute, dans nos expériences, on n'a pas obtenu d'une manière parfaite les bruits normaux du cœur, mais d'une part, l'eau dont on se servait n'a pas la consistance du sang, et de plus le cœur était celui d'un cadavre et ne se contractait pas; donc il devait y avoir une notable différence entre les bruits obtenus et ceux qui ont lieu pendant la vie; mais l'analogie était cependant si grande qu'on entendait le bruit de soufle le plus parfait, bruit qui si souvent, dans l'état de la vie, alterne avec le sons normaux que donne le cœur.

3° Que le jeu des valvules ne produit pas le bruit du cœur, car pour qu'elles se redressent, il faut que l'élasticité des artères fasse refluer le liquide, ou du moins que le cœur agisse; or, dans nos expériences, comme l'extrémité de ces vaisseaux était ouverte, il n'y avait aucune raison pour que la colonne de liquide qui s'écoulait par l'ouverture béante vint relever les valvules. Mais, de plus, il est impossible que ce soient elles qui produisent les bruits, puisque ceux-ci ont lieu quand elles sont détruites. Si un bruit s'est fait entendre dans les expériences de M. Rouanet, et lors du redressement des valvules, c'est qu'il y a eu frottement du liquide contre les parois du vaisseau, ou contre les valvules elles-mêmes, et que ce frottement cause un bruit qui est de même nature que celui qui a lieu lors du passage du sang contre les parois du cœur.

4° Que l'intensité, et peut-être la nature des bruits produits dans le cœur, proviennent de beaucoup d'élémens : 1.° de la force et de la rapidité avec lesquels le sang est poussé; 2.° de l'épaisseur du cœur; 3.° de la dimension des orifices; 4.° de la diminution de la cavité où passe le sang; 5.° de la dureté du cœur qui se contracte; 6.° des rétrécissemens que la contraction des fibres charnues peut déterminer dans l'espèce de tuyau que forme le cœur.

5° Que les bruits du cœur droit doivent être plus forts que ceux du cœur gauche (1).

6° Que les bruits de soufflet du cœur peuvent exister quand il n'y a pas de rétrécissement des orifices, puisque le plus souvent les bruits auxquels donnait lieu le cœur dont on avait détruit les valvules avaient ce caractère; d'ailleurs, dans nos expériences, trop de circonstances inappréciables modifient le souffle, pour qu'on puisse rapporter sa cause pendant la vie à un état organique bien déterminé.

7° Que sur les points rétrécis, et quand la surface interne sur laquelle glisse le liquide est inégale, le bruit de souffle est beaucoup plus fort; mais comme le cœur se resserre en se contractant, l'action musculaire peut même dans ce cas produire une sorte de rétrécissement: le liquide qui traverse celui-ci donnerait tout aussi bien lieu au bruit de souffle, qu'une coarctation dont la cause est constante. Toutefois on conçoit que la persistance dans l'audition du bruit de soufflet est plus en rapport avec un rétrécissement qui persiste, qu'avec un rétrécissement musculaire qui peut varier.

8° Que le bruit de soufflet s'entend avec plus d'énergie sur le lieu même du rétrécissement, qu'au-dessus, au-dessous, et que sur les points où des dilatations s'observent.

Ces résultats d'expériences physiques sont tout-à-fait en rapport avec ce qu'on observe dans les maladies, avec le siége des bruits du cœur, leurs variations, le bruit de souffle, son existence démontrée dans beaucoup de cas de rétrécissement, sa présence dans certains cas où il n'y a pas de coarctation de cause persistante, etc. De très-nombreux faits observés à la Salpétrière me conduiraient, sous le rapport de ces bruits, précisément aux mêmes conclusions que celles qui précèdent; seulement on a été fort loin de trouver les bruits de souffle d'une manière aussi constante que dans nos expériences.

Depuis 1828, je suis attaché au service de la Salpétière, et souvent j'ai eu en hiver un service de deux cents malades par jour, dont plus d'un tiers étaient atteints d'affections primitives ou secondaires du cœur. Parmi celles-ci, je ne craindrai pas d'avancer que la moitié présentaient des ossifications ou des rétrécissemens des orifices du cœur ou des ossifications dans les artères; or, on ne trouvait certainement pas les bruits de soufflet ou de râpe une fois sur vingt de ces derniers cas. Donc ce bruit est loin d'exister dans la majorité des cas où il y a des rétrécissemens des orifices du cœur. D'un autre côté, sept ou huit fois au moins (dont un des cas a été publié dans le *Procédé opératoire de la percussion*), on a trouvé d'une manière constante pendant la vie, et cela durant des mois entiers, sans influence du traitement, que ce bruit existait bien dans le cœur et *non dans les artères*, et à la mort on ne trouva point de rétrécissement aortique ou auriculo-ventriculaire (1).

Tout récemment encore un homme succombe à l'Hôtel-Dieu; il avait présenté le bruit de soufflet du cœur d'une manière très-constante pendant sa vie, et on ne trouva que des coagulations énormes dans le cœur et une péricardite. Beaucoup d'autres observateurs dignes de toute confiance, ont vu des faits analogues aux précédens.

Pour déterminer la cause des bruits des artères, de nombreuses expériences ont été faites.

1.° On ajouta à un tube des poches de caoutchouc qui

---

(1) S'il ne fallait pas renverser toute la théorie de l'isochrosnime des contractions à droite et à gauche, pour admettre cette explication, on serait tenté d'attribuer le bruit sourd aux contractions du cœur gauche, et le bruit clair à celles du cœur droit; ce qui expliquerait pourquoi on entend le bruit clair à droite et le bruit sourd à gauche. Qui osera dire avoir distingué, sur le cœur d'un animal vivant, l'ordre des contractions des cavités du cœur? Il faudrait, pour constater l'isochronisme, qu'on eût mis à découvert en même temps l'aorte et l'artère pulmonaire, qu'on y eût placé des tubes transparens pour y faire monter le sang, alor son saurait à coup sûr si le liquide s'élèverait en même temps des deux côtés. Je ne sache pas que cette expérience délicate ait encore été faite; on sait seulement que le reflux du sang par les jugulaires (attribué à l'action du ventricule droit) n'est pas toujours isochrone aux battemens des artères aortiques. Dans l'état actuel de la science, on ne peut admettre l'explication précédente, parce qu'elle serait opposée à tout ce qu'on croit et à tout ce qu'on sait sur la succession des battemens du cœur.

(1) Ces cas étaient analogues à celui qui a été publié dans la *Lancette*, tome 1.er, page 126.

représentaient assez bien des dilatations anévrysmales du volume d'une petite orange. L'une d'elles fut disposée de telle sorte que le liquide la traversait dans son plus grand diamètre, et le bruit de souffle y était très-évident. L'autre présentait dans son intérieur une saillie remarquable donnée par l'extrémité du conduit qui livrait passage à l'eau, et le bruit *de diable* signalé par M. Bouillaud y était très-manifeste; il le devenait plus encore l'orsqu'on pressait la poche élastique dans sa main. Une troisième enfin, annexée latéralement à un orifice de communication rétrécie et en quelque sorte pédiculée, ne donna lieu qu'à un bruit de souffle très-léger et à peine sensible; on ne retrouvait celui-ci que lorsque les coups de piston étaient très-énergiques.

2° Les portions du tube interposées à ces poches formaient des rétrécissemens dans lesquels on entendait distinctement aussi les bruits de souffle qui étaient plus marqués qu'ailleurs.

3° Du reste, le moindre changement de position du tube, de pression ou de rapport des parties, les variations les plus légères dans la manière dont les coups de piston étaient donnés, faisaient varier le timbre, la force et la nature de ces bruits. Nous avions sous les yeux les corps qui donnaient lieu à ces bruits, et il était fort difficile de dire à quelle disposition physique de dilatation, de resserrement, il fallait les rapporter.

4° On établit le même courant dans une portion d'aorte mise à nu, et le même bruit de souffle fut observé. Il existait, soit qu'on pressât sur le vaisseau, soit qu'on disposât celui-ci de telle sorte que la pression produite par le stéthoscope n'effaçât pas en partie sa cavité.

5° MM. Bottu, Levérend et moi nous mîmes à découvert et nous enlevâmes l'aorte d'un autre cadavre, depuis sa crosse jusqu'à sa bifurcation. Les artères latérales furent liées une injection fut faite et continuée avec le clyso-pompe: à peine entendait-on des bruits lorsqu'on ne déprimait pas le vaisseau par l'extrémité du stéthoscope; mais une ligature étant placée au-dessous, et ne permettant que d'une manière incomplète le passage du liquide, le bruit de souffle devint très-fort sur le point rétréci, et beaucoup plus faible en deçà et au-delà.

Il résulte de ces faits:

1° Qu'un bruit est le résultat du passage du sang dans les artères, et que sans qu'il y ait de rétrécissement ce bruit peut avoir le caractère du souffle.

2° Que les dimensions des artères au dessous de l'endroit où on les examine, peuvent avoir quelqu'influence sur les bruits qu'on y entend.

3° Qu'un rétrécissement sur un point du vaisseau augmente de beaucoup le bruit de souffle, et que c'est sur le lieu où ce rétrécissement existe que le bruit est plus manifeste.

4° Qu'une tumeur anévrysmale, à travers laquelle passe le sang, donne aussi lieu à un bruit de souffle très-évident, quoique moins fort que celui qui a lieu au niveau d'un rétrécissement: aussi dans deux cas, depuis Laënnec, M. Bouillaud reconnut, par l'auscultation, un anévrysme de l'aorte pectorale; qu'une tumeur anévrysmale développée sur les côtes d'une artère, et qui ne serait pas traversée par le sang d'avant en arrière, ne causerait pas le bruit de souffle.

5° Que le bruit *de diable* peut avoir lieu dans certains cas de dilatation artificielle, et dans quelques autres où le vaisseau n'est pas dilaté.

Ces résultats d'expériences cadavériques sont complètement d'accord avec les faits observés par les auteurs et avec ceux que j'ai recueillis, soit à la Salpétrière, soit à la Pitié ou à l'Hôtel-Dieu, et à tel point, qu'on pourrait tirer de ces observations les mêmes conclusions que les précédentes.

Note sur l'établissement-modèle de Vanvres pour le traitement des aliénés.

Notre siècle a vu une grande et salutaire réforme s'opérer dans le traitement des maladies mentales. A la voix puissante de quelques philantropes éclairés, en tête desquels nous devons placer le célèbre Pinel, les aliénés ont été affranchis de leurs chaînes, retirés de leurs cachots et préservés des violences brutales auxquelles on se croyait en droit de recourir.

Loin d'être soumis, de nos jours, à ces moyens insensés et barbares, qui aggravaient la folie et dégradaient la nature humaine, ces malades ont été entourés des soins et des égards que l'homme doit à l'infortune de son semblable, bien qu'on fût obligé de les tenir isolés, loin de leurs domiciles, de leurs familles, des personnes de leur connaissance, dont l'influence trop habituelle, la conduite irrégulière et communément mal entendue, perpétuaient le désordre des facultés morales et intellectuelles.

Les avantages de l'isolement ont été sanctionnés par l'expérience qui juge tout en dernier ressort. Mais en adoptant un système plus conforme à l'humanité et aux résultats de l'observation, il est plus facile de s'accorder sur les principes que d'en faire l'application, surtout en ce qui concerne les localités. Sans doute on est d'accord qu'il convient de procurer aux aliénés un espace suffisant pour se livrer à l'exercice musculaire, dont la plupart sentent l'impérieux besoin, de les environner d'objets propres à exciter des émotions agréables et variées, en éloignant, au contraire, l'idée d'emprisonnement et de servitude; de les classer de manière à ce qu'ils n'agissent pas défavorablement les uns sur les autres, etc., etc.

Mais pour remplir largement ces conditions, il faut d'abord des ressources pécuniaires, peu communes chez les médecins; il faut trouver ensuite des propriétés favorisées par les circonstances topographiques, et tracer habilement les divisions réclamées par la diversité des affections mentales.

L'établissement destiné au traitement des aliénés des deux sexes, que les docteurs Falret et Voisin ont fondé à Vanvres, près Paris, et que nous avons visité dans tous ses détails avec beaucoup d'intérêt, réunit, au plus haut degré, les avantages de localités que nous indiquions tout à l'heure et dont l'influence est si justement appréciée dans la thérapeutique des maladies mentales. Aussi nous croyons-nous obligés, dans l'intérêt de l'humanité, de dire quelques mots de cet établissement, qu'il serait à désirer que tous les médecins de France pussent visiter.

Qu'on se représente, auprès des bois de Fleury et de Meudon, un parc de soixante-cinq arpens d'étendue, heu-

reusement varié par de nombreux accidens de terrain, embelli tantôt par de longues et sinueuses allées bordées de gazon et de fleurs, tour-à-tour ombragées et découvertes, tantôt par diverses plantations irrégulières et symétriques, qui retracent alternativement des bosquets ou des promenades, par des champs en culture, des prairies, des vergers, des courans d'eau vive; qu'on joigne à ce premier aperçu de l'intérieur du parc l'avantage de promener au loin ses regards sur des paysages rians et pittoresques, et l'on n'aura qu'une idée fort incomplète du charme et des agréables impressions qu'on y reçoit.

C'est dans ce parc, dont les murs sont soigneusement masqués par des haies d'arbres et d'arbustes, que les aliénés, surveilés par des domestiques, qui sont eux-mêmes surveillés sans cesse, se livrent, suivant leurs goûts ou la convenance, à la promenade, aux occupations champêtres, à l'équitation, aux jeux de bague, de l'escarpolette, de la paume, du ballon, etc.

Indépendamment de la maison principale, plusieurs corps de bâtimens, continus ou disséminés heureusement dans ce beau parc, sont habités par les malades dont le genre de folie diffère. Ces nombreuses divisions, en établissant une complète séparation parmi les sexes, permettent d'isoler les aliénés entre eux et de donner à chacun la place qui convient le mieux à son état, à son genre de délire. — Quelque avantageuse que fût cette distribution dans l'établissement primitif, MM. Falret et Voisin viennent d'y apporter un notable perfectionnement, en acquérant une belle propriété qui communique avec l'ancien parc, et sur laquelle ils ont fait élever des constructions spéciales, exclusivement destinées aux femmes aliénées.

Des quinconces spacieux, dans l'enceinte desquels se trouvent des fontaines, des parterres, des claires-voies ménagées avec adresse, entourent ou séparent les appartemens des aliénés, qui ne laissent rien à désirer, sous le rapport de la commodité, de la propreté et de la sûreté; de sorte que, rentrés chez eux, comme lorsqu'ils se promenaient dans le parc, leurs regards reposent toujours sur des objets agréables.

Malgré leur destination spéciale pour des malades qui pourraient être turbulens ou dangereux, rien ne suscite le sentiment de défiance et de contrainte. Chaque division possède d'ailleurs un grand et beau salon où les malades se livrent à divers jeux, parmi lesquels le billard obtient souvent la préférence; où ils peuvent goûter les plaisirs de la musique, de la société, et réagir ainsi utilement les uns sur les autres. Là, comme dans toutes les autres parties de l'établissement, les mesures de sûreté, la surveillance la plus attentive, s'exercent à l'insu même des personnes qui en sont l'objet. Tant de précautions pour éloigner les sensations pénibles, tant de recherches et de soins pour opérer la guérison et répandre des agrémens sur le séjour de ces intéressans malades, nous expliquent pourquoi un calme parfait règne dans ce magnifique établissement, pourquoi toutes les physionomies sont empreintes de satisfaction. Ce sentiment, bien rare chez les aliénés, prouve avec quel succès on a su prévenir l'idée de réclusion, cause fréquente de l'irritation et du désespoir de ces infortunés qui jouissaient naguère, dans le monde, de la liberté et des commodités de la vie, attachées à leur position sociale.

Après ce que nous venons de dire de ces belles et grandes localités, que nous considérons, avec l'administration intérieure, comme les moyens curatifs par excellence de la folie, nous n'entretiendrons pas le public médical du mérite personnel des fondateurs de l'établissement-modèle de Vanvres. Il y a long-temps que MM. Falret et Voisin, l'un et l'autre médecins d'hospices d'aliénés de Paris, sont honorablement connus par des ouvrages remarquables sur les maladies mentales; mais une qualité précieuse à l'égal de la science que nous aimons à signaler en eux, c'est que leur philantropie, leur sollicitude pour les malades confiés à leurs soins, égalent les talens distingués dont ils ont donné des preuves multipliées.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

JUIN 1834.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

—

Du mécanisme de l'inflammation et de la fièvre; par M. LATOUR, Membre de la Société de Médecine de Paris.

(IMPRIMÉ PAR DÉCISION DE LA SOCIÉTÉ.)

Deux voies sont ouvertes aux progrès de la science médicale : par l'une, l'observateur recueille tous les faits qui se présentent à lui ; il en étudie les coïncidences, et appuyé sur des remarques plus ou moins nombreuses, il établit son diagnostic et son pronostic, et fonde aussi sa thérapeutique ; c'est l'empirisme raisonné, ou la méthode hippocratique qui repose toute sur l'observation clinique. Par l'autre, le médecin agrandit le champ de son investigation : en portant une attention sérieuse aux phénomènes morbides, il veut encore en connaître et la cause et le mécanisme, et s'il déduit quelques conséquences de son observation, il veut que ces conséquences ressortent de la connaissance des rapports qui enchaînent entre eux tous les actes de la vie. C'est la médecine théorique qui repose à la fois sur l'observation et sur l'imagination ou le jugement de celui qui la fonde. La première est invariable comme les faits eux-mêmes desquels elle est déduite ; et cet avantage qu'elle a sur la seconde, placera toujours Hippocrate au rang des plus grands hommes qu'aient enfantés les siècles. C'est encore à la méthode du vieillard de Cos qu'on revient aujourd'hui, et après plusieurs milliers d'années de travaux, la médecine se trouve encore bornée à la connaissance des phénomènes extérieurs des maladies, et aux déductions thérapeutiques que permettent des essais plus ou moins fructueux. La statistique des morts et des guérisons, voilà toute la doctrine. Dans ces circonstances où tout ce qui touche à la théorie a perdu faveur, lorsqu'on n'a plus d'oreille que pour les faits affranchis de toute interprétation, il y a peut-être quelque témérité à publier un écrit dogmatique. Il faut alors se sentir animé par une conviction bien profonde, pour se soumettre ainsi au jugement des savans dont on brave, non la foi scientifique, il n'en est plus aujourd'hui, mais la répugnance que leur inspire toute doctrine médicale.

Pour établir la théorie de l'inflammation, je ne me servirai point de ce qui a été publié jusqu'à ce jour ; mais les yeux fixés sur une partie vivante, enflammée, j'assisterai à la naissance des phénomènes morbides, dont elle est le théâtre, j'en suivrai le développement, et saisissant le fil qui les unit, je tâcherai de remonter jusqu'au principe, j'aurais dit jusqu'à l'essence de l'inflammation, si l'abus qu'on a fait de ce mot ne l'avait fait proscrire du langage médical. L'injection sanguine qui produit la rougeur et la tuméfaction, de plus la chaleur et la douleur, tel est le groupe de symptômes qui annonce ordinairement l'inflammation. Mais parmi ces caractères, il en est un qui, n'étant point constant, ne doit être considéré en quelque sorte que comme un épiphénomène de la phlogose ; c'est la douleur qui ne résulte en effet que de la distension que subissent les nerfs sensitifs, par l'effet de la tuméfaction. Aussi ce symptôme est-il d'autant plus prononcé, que le tissu envahi est plus serré, moins extensible. Parmi les raisons qui s'opposent à ce que la douleur soit considérée comme caractère essentiel de l'inflammation, je n'en citerai qu'une seule, mais elle est concluante, c'est que cette affection peut naître, se développer, exister enfin sans douleur. Les caractères les seuls constans sont évidemment la chaleur et l'injection sanguine. Le premier de ces deux symptômes est d'autant plus intense, que l'inflammation est plus violente ; il en est la mesure la plus positive. Le second varie, quel que soit le degré de la phlogose, suivant la laxité du tissu qu'elle a envahi. Ces deux phénomènes qui, dans l'inflammation, se trouvent toujours réunis, doivent être liés par des rapports de cause à effet, et cette dépendance peut déjà nous faire pressentir le mode de production d'un acte morbide, dont le mécanisme a, jusqu'à ce jour, été l'écueil des pathologistes. Bien que constante dans l'inflammation, l'injection sanguine ne doit cependant pas en être regardée comme le phénomène le plus important, le caractère principal. C'est un phénomène matériel, et qui, en cette qualité, doit être subordonné à la mise en jeu de quelque faculté inhérente à la vie. D'ailleurs l'injection sanguine peut bien, comme je l'ai dit, donner lieu à la douleur par la distension qu'elle imprime aux filets nerveux ; mais comment produirait-elle la chaleur ? Qu'il y ait plus ou moins de sang dans une partie, si ce liquide n'est qu'à trente-deux degrés en y arrivant, il ne lui portera pas un surcroît de température qu'il n'a pas lui-même. Il faut donc admettre que c'est dans le siége même de l'inflammation que la température du sang s'élève, et que par conséquent il y a là, indépendamment de tout afflux sanguin, excès de chaleur, excès de calorification. Par suite de ce surcroît de chaleur, le sang dilaté dans les vaisseaux capillaires, avance avec plus de rapidité vers les veines ; mais rencontrant un obstacle dans le liquide que contiennent ces derniers vaisseaux, il fait effort contre les parois des premiers et les distend. En vertu de la circulation, un nouveau liquide remplace, dans ces

vaisseaux, celui qui vient de les traverser, mais il y arrive plus abondant, en raison de la distension de leurs parois. Ce même liquide subissant aussi l'excès de température qui a lieu dans cette partie, se dilate à son tour, fait encore effort contre les parois des vaisseaux capillaires, et ainsi de suite jusqu'à ce que, suivant le degré de l'inflammation, ces vaisseaux distendus puissent, par leur force de cohésion, résister à l'action dilatante plus ou moins prononcée du calorique.

Ainsi, exaltation de la calorification, d'où la chaleur; dilatation du sang par l'excès de calorique, et par suite augmentation du diamètre des vaisseaux capillaires, d'où la rougeur et la tuméfaction; enfin distension des nerfs sensitifs par l'effet de l'engorgement, d'où la douleur. Tels sont les caractères de l'inflammation dans l'ordre de leur développement.

L'afflux sanguin qui constitue l'inflammation, était digne de fixer l'attention des savans; et c'est à juste titre que ce phénomène morbide a été l'objet de profondes méditations, de recherches multipliées. Mais, jusqu'à ce jour, il faut l'avouer, tous ces travaux n'ont fait surgir que des doctrines erronées, je dirai même insoutenables. Rappelerai-je les théories mécaniques de Boërrhave où l'on voit les globules sanguins trop volumineux, s'enfoncer dans les vaisseaux capillaires d'un trop petit calibre pour les laisser circuler, et produire ainsi par cette *erreur de lieu*, l'obstruction, puis l'inflammation? Signalerai-je la théorie de Vanhelmont, qui fait apparaître, dans cette question, la lutte de son âme ou de sa puissance active? Parlerai-je d'Hoffmann, qui attribuait l'inflammation au spasme des extrémités artérielles, de Willis et Chirac qui la faisaient dépendre des principes salins du sang? Il faudrait aussi mentionner sur ce point une multitude d'opinions étranges, plus ou moins anciennes, et qui ne doivent plus figurer aujourd'hui que dans l'histoire de la médecine. Si, comme le dit Fontenelle, il n'est donné à l'homme de découvrir la vérité que lorsqu'il n'y a plus d'erreurs à imaginer, certes on pouvait croire que le moment était enfin venu de la surprendre et de la saisir, lorsqu'Haller inventa sa contractilité vitale, et fournit ainsi de nouveaux supports à l'édifice de l'erreur. Tout en adoptant les idées de ce grand physiologiste sur la circulation capillaire, les médecins se divisèrent sur le mécanisme de l'inflammation. Les uns, tels que Vacca à Florence, Lubbock en Angleterre, arguèrent de l'engorgement sanguin, que la contractilité vitale est diminuée, puisqu'alors les vaisseaux se laissent distendre par le liquide qu'ils reçoivent; et Thomson, dans un ouvrage plein à la fois de candeur et de savoir, est forcé d'avouer la justesse de la conséquence. D'autres, au contraire, frappés de la force des pulsations artérielles, dans le point enflammé, ne peuvent se décider à lier la phlogose à la diminution d'une propriété qui est à leurs yeux le partage de la vie. Ils sont tous dans l'erreur, parce que tous méconnaissent le phénomène primitif et essentiel de l'inflammation, qu'ils n'ont pas su trouver dans la calorification. Certes on aurait dû comprendre plutôt que l'organisation ne saurait soustraire les fluides animaux à l'empire des lois physiques; et qu'un liquide, quelle qu'en soit la nature, partie de la machine vivante ou de la matière inerte, est dilaté ou condensé, suivant la dose de calorique à laquelle il est soumis. Lorsque vous approchez un membre d'un foyer ardent, ne le voyez-vous pas rougir, se tuméfier et simuler l'inflammation? Et qu'importe, pour le volume du sang, que le calorique lui vienne de l'intérieur ou de l'extérieur? Il faudra toujours qu'il soit dilaté en raison du degré de température, dont il subira l'action. Seulement, dans ce dernier cas, vous n'aurez qu'une image passagère de l'inflammation, que vous ferez disparaître à votre gré, en éloignant la cause qui appelle ainsi dans un point une trop grande quantité de liquides. Lorsqu'au contraire c'est dans les tissus organiques qu'il y a production exagérée de calorique, ces tissus ne peuvent être immédiatement soustraits à l'action de ce fluide, ils sont condamnés à la phlogose.

Au milieu de ces débats sur le mécanisme de l'inflammation, il était naturel de chercher dans les vivisections, le moyen d'éclaircir ce point scientifique, et c'est la grenouille qui a été choisie pour les expériences. Ce batracien présente en effet des tissus assez transparens pour laisser apercevoir le mouvement circulatoire du sang. Malheureusement il est un inconvénient auquel on ne pouvait songer, parce qu'on ignorait le mobile, la cause prochaine de l'inflammation; c'est que la grenouille, comme tout animal à sang froid, n'est douée que d'une calorification trop peu active, pour qu'on puisse produire un afflux sanguin de quelque durée, une véritable phlogose. Ne pouvant attendre que du milieu dans lequel il vit, la chaleur nécessaire à son existence; privé par conséquent de cette force qui, dans les animaux supérieurs, fait circuler le sang dans les vaisseaux capillaires, force qui n'est autre chose que la calorification, l'animal à sang froid devait avoir une circulation plus simple, et indépendante dans tous les points de sa température propre; il fallait, en un mot, qu'elle fut sous la dépendance unique et immédiate du cœur. C'est en effet ce qui a lieu: dans cette classe d'êtres, les divisions du système artériel ne sont pas à beaucoup près aussi multipliées que dans les animaux à sang chaud, et l'on peut les suivre jusqu'à la naissance du système veineux, sans qu'il y ait presque de système capillaire intermédiaire. Aussi dans les diverses expériences qui ont été pratiquées sur la grenouille, on est bien parvenu à modifier, à troubler la circulation sanguine; mais à faire naître l'inflammation, jamais.

Je n'ignore pas que de savans expérimentateurs ont cru voir à l'aide du microscope, et ont même décrit les globules sanguins affluant dans un point qu'on avait irrité par des agens physiques ou chimiques. Mais ce que je n'ignore pas davantage, c'est que souvent le microscope n'a servi qu'à répandre sur l'erreur le vernis de la vérité; et si parfois il a convenablement aidé le témoignage des sens, plus fréquemment peut-être il n'a fait que retracer, dans le monde extérieur, les produits de la seule imagination. Toutefois les faits annoncés demandaient à être vérifiés; Thomson l'entreprit, et l'on sait que le résultat de ses expériences s'accorde peu avec celui qu'avaient obtenu Haller, et après lui plusieurs autres. Ainsi, Thomson a toujours vu l'animal se contracter sous l'influence des agens extérieurs, lors même qu'ils ne produisaient sur lui aucune douleur, car l'impression du doigt suffisait pour produire ce résultat. Par suite de cette contraction, la compression du poumon a lieu, et la circula-

tion est pour un instant suspendue. Le point irrité, au lieu d'être un centre auquel viennent affluer les liquides en abondance, est au contraire abandonné d'abord par le sang, en raison de la suspension du mouvement circulatoire.

Ce phénomène, à la vérité, n'est pas de longue durée, et l'on ne tarde pas à voir revenir le liquide dans toutes les parties d'où il s'était retiré. Les agens physiques et chimiques ont produit les mêmes effets, et l'on n'obtient pas même de résultats différens de l'ammoniaque qui, chez les animaux à sang chaud, amène si rapidement l'inflammation. A chaque expérience, Thomson a vu le sang se retirer de la partie ainsi impressionnée, et les artérioles diminuer de diamètre, et comme s'effacer. Une préparation pourtant lui a donné des effets différens; c'est une dissolution de sel. L'application qu'il en a faite sur la membrane interdigitaire a toujours été suivie d'une rougeur qui ressemblait beaucoup à celle de l'inflammation, mais qui ne pouvait pas être considérée comme telle, puisqu'elle ne durait que deux à cinq minutes. D'après ces résultats, que conclure pour l'inflammation, des expériences pratiquées sur les grenouilles? Qu'en conclure surtout, lorsqu'on sait que ces expériences ont, pour la plupart, été faites sur le mésentère, et que par l'exposition de cette membrane à l'air, les vaisseaux que l'on veut observer se trouvent dans une position forcée, et que la mort de l'animal en est la suite nécessaire? Pour moi, j'en tire la conséquence que l'animal à sang froid n'ayant en partage qu'une calorification très-obscure, est peu susceptible d'inflammation, et que si l'on parvient à produire cet acte morbide, il doit être aussi peu développé que la fonction de laquelle il dépend.

De l'excès de la calorification résulte l'afflux sanguin; mais une fois celui-ci produit, il amène dans l'organe qui en est le siége, des changemens remarquables, et qui doivent être étudiés. Dans les cas les plus heureux, cette exagération de la calorification s'apaise graduellement, soit par les moyens thérapeutiques, soit spontanément; et avec elle disparaissent tous les phénomènes matériels qui en étaient la conséquence. C'est la résolution. Seulement, lorsque la phlogose a été violente, et qu'elle a duré quelques semaines, on voit persister un peu de temps encore, mais à un faible degré, l'engorgement sanguin, parce que les vaisseaux ayant perdu, par l'effet d'une distension forcée, une partie de leur ressort, n'ont pu encore revenir complétement sur eux-mêmes. Mais cet engorgement est passif, jamais douloureux, et la compression le fait disparaître, en s'opposant à un abord trop considérable de sang. En un mot, la chaleur est éteinte, il n'y a plus d'inflammation. C'est par cette raison aussi qu'à la suite des phlegmasies de quelque durée, l'engorgement et la rougeur se remarquent encore après la mort, bien qu'alors toute calorification soit impossible. Les phlegmasies récentes, au contraire, ne laissent souvent, dans les nécropsies, apercevoir aucune trace, parce que la calorification ayant cessé avec la vie, toutes les parties du corps se mettent en équilibre de température, et le sang contenu dans l'organe malade, ne se dilatant plus, comme pendant la vie, ne peut obéir qu'à la contractilité de tissu, dont les artères sont douées, contractilité de tissu qui, pendant la violence du mal, fut surmontée, mais non encore détruite.

Lorsque l'inflammation a été portée, surtout avec promptitude, à une très-grande violence, les vaisseaux voisins, dont le calibre est trop inférieur à celui de la partie enflammée, ne peuvent plus admettre et faire circuler toute la quantité de sang qu'ont reçue ces derniers, et la circulation s'arrête. La vie éteinte dans ce point, les liquides et les solides se décomposent : c'est la gangrène. Ce résultat de l'inflammation est d'autant plus facile et plus prompt, que le tissu malade est de texture plus serrée. Dans de telles conditions, la douleur est toujours très-vive, car les nerfs sensitifs supportent alors une distension et une compression exagérée; et cette douleur a le caractère pulsatif, parce que la partie malade ne pouvant s'affranchir complétement du sang qu'elle contient, n'admet qu'avec peine le nouveau liquide qui lui est envoyé à chaque contraction du cœur; en sorte que les pulsations artérielles sont d'autant plus fortes et plus vivement senties, que l'obstacle est plus puissant. Cet effet s'étend même à une assez grande distance dans le vaisseau qui fournit le sang à la partie enflammée; et si c'est le pouce ou le doigt indicateur, par exemple, qui est le théâtre de la phlogose, on sent les pulsations de l'artère radiale du même côté plus fortes que celles du côté opposé. Mais je n'ai jamais remarqué, malgré l'observation la plus attentive, et bien qu'on l'ait écrit et répété dans une multitude d'ouvrages, je n'ai, dis-je, jamais remarqué plus de fréquence dans les pulsations artérielles d'une partie enflammée que de toute autre. Je les ai toujours reconnues parfaitement isochrones à celles du cœur; et j'avoue qu'il me paraît impossible qu'il en soit autrement.

Si le sujet est en proie à une affection interne grave, à une fièvre de mauvais caractère, au typhus, les tissus vivans perdent leur consistance par suite de la profonde altération qu'a subie la nutrition, et les parties enflammées sont promptement mortifiées. C'est ainsi qu'on voit le sacrum dénudé par de larges escarres gangréneuses, à la suite de l'inflammation, provoquée, dans cette région, par le décubitus long-temps prolongé sur le dos. C'est encore ainsi que sont frappées de gangrène les surfaces des vésicatoires. Enfin c'est à la même cause, c'est-à-dire au défaut de cohésion des vaisseaux capillaires, qu'il faut imputer la gangrène, qui complique si rapidement l'inflammation légère qui accompagne les incisions pratiquées sur les membres infiltrés. Il est d'autres circonstances encore qui apportent à la phlogose une fâcheuse complication, et sous l'empire desquelles le malade ne peut éviter, sinon une véritable gangrène, au moins une désorganisation tout aussi cruelle. C'est l'empoisonnement miasmatique qui se révèle par la pourriture d'hôpital, la pustule maligne, etc. Et il est à remarquer ici que cette désorganisation, loin de se borner, est toujours disposée à s'étendre, parce que la cause qui a produit la lésion, existant toujours, ne cesse d'agir qu'à la mort du sujet.

L'inflammation, lorsqu'elle ne se termine point par résolution, n'amène pas inévitablement la gangrène. Elle peut encore produire d'autres résultats, suivant son intensité et suivant aussi la partie qui en est atteinte. Dans le tissu cellulaire, le gonflement est ordinairement assez considérable; et l'on trouve dans les utricules, dont il est formé, une quantité de sérosité, d'autant plus abondante, que ce tissu est d'une texture plus lâche. Si alors l'inflammation s'apaise,

cette sérosité est résorbée et rentre ainsi dans le torrent circulatoire. Si, au contraire, sous l'influence d'une calorification croissante, les phénomènes matériels de l'inflammation ne font que se développer davantage, les lames du tissu cellulaire s'appliquent les unes contre les autres, et se retirent vers la circonférence, pour faire place au liquide de l'épanchement, toujours plus abondant vers le centre, qui est aussi le point le plus enflammé. Alors ce liquide a changé de nature; il a acquis de la consistance, une couleur jaune plus foncée; ce n'est plus de la sérosité; c'est du pus. Il est difficile de dire par quel mécanisme se produit ce liquide: les sécrétions laissent encore dans la science une vaste lacune; et tout nous porte à croire que la même loi qui préside aux sécrétions physiologiques, est celle aussi qui régit les sécrétions morbides.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'un abcès a eu lieu, qu'il ait été ouvert par la main du chirurgien, ou que l'ouverture s'en soit faite spontanément, de nouveaux phénomènes surgissent, qu'il est intéressant d'examiner. Le pus se tarit peu à peu, et l'on voit déposé, au fond de la plaie, un liquide albumineux, véritable matière organisante, qui a reçu le nom impropre de *lymphe coagulable*. Des vaisseaux sanguins ne tardent pas à s'y ramifier, et ce liquide se transforme ainsi progressivement en un tissu solide qui n'est autre chose que la cicatrice.

On s'accorde aujourd'hui à regarder cette lymphe coagulable comme un résultat exclusif de l'inflammation; et cette proposition, au premier coup-d'œil, paraît suffisamment démontrée, d'un côté par la turgescence des vaisseaux qui parcourent les bords des plaies, la légère augmentation de la chaleur qu'on y remarque souvent; et d'un autre côté par ces pseudo-membranes qui, à la suite de l'inflammation, se rencontrent si fréquemment sur les membranes séreuses. Toutefois, une circonstance me frappe, qui mérite quelque attention: c'est que plus l'animal est éloigné de l'homme, plus la cicatrisation des plaies s'exécute promptement, et moins pourtant il est susceptible d'inflammation. Chez l'animal à sang froid, par exemple, une partie enlevée est souvent reproduite; et nous avons vu combien il est difficile de déterminer la phlogose dans cette classe d'êtres. Mais c'est bien autre chose encore dans les végétaux: ici les sucs sont versés en abondance par les surfaces incisées, et une cicatrice forte et proéminente se forme en très-peu de temps. Peut-on dire qu'il y a inflammation, ou un état analogue? Certes ce serait faire un étrange abus de langage, que d'adapter le même mot à des phénomènes si différens.

Si la plante, incapable d'inflammation, produit les sucs nécessaires pour la cicatrisation de ses plaies, si l'animal à sang froid, peu susceptible au moins de contracter cette affection, jouit du même privilége, si enfin cette faculté est portée, dans ces deux classes d'êtres, à un plus haut degré que dans l'animal à sang chaud très-disposé à l'inflammation, assurément le travail de cicatrisation doit avoir une autre cause, un autre mobile que la phlogose.

Que l'inflammation souvent fasse surgir certains produits, résultat d'une nutrition désordonnée là où ils n'auraient point dû paraître, qu'elle rende le travail nutritif parfois plus saillant, c'est ce qu'on ne saurait nier. On voit des pseudo-membranes s'organiser pendant l'inflammation, et survivre à cet acte morbide; on voit des organes s'hypertrophier sous l'empire de la phlogose; et l'on voit même des sujets grandir de plusieurs pouces pendant la durée de phlegmasies violentes, dont l'influence s'est fait sentir par la fièvre à toute l'économie. Mais de même que dans l'ordre naturel des choses, le corps acquiert sa stature sans inflammation locale ou fébrile; de même il est des pseudo-membranes qu'il est impossible de rattacher à la phlogose. Pour que deux portions d'une membrane séreuse adhèrent ensemble, il suffit qu'elles soient contiguës et immobiles. Je n'en veux pour preuve que les ankyloses survenues pendant l'immobilité trop prolongée des membres; et cela sans affection des articulations ainsi soudées. Et tout en accordant que l'inflammation peut ajouter à la sérosité quelques conditions plus favorables à l'organisation, pourtant je dois faire observer que c'est dans les points les moins mobiles des membranes séreuses, que se rencontrent ordinairement les adhérences et les pseudo-membranes. Dans le thorax, c'est aux parties supérieure et inférieure des poumons; dans l'abdomen, c'est à la convexité du foie qu'on observe le plus communément ces produits accidentels. Enfin, si on en rencontre moins souvent dans l'arachnoïde que dans toute autre séreuse, c'est que la mort arrive trop vite par l'inflammation de cette membrane pour laisser à la sérosité le temps de s'organiser en tissu solide. Les membranes séreuses, dont la destination est de faire glisser nos organes les uns sur les autres, ne peuvent plus, en proie à l'inflammation, exercer leurs fonctions, sans provoquer de vives souffrances. Nos viscères sont alors forcés à l'immobilité, et c'est pour favoriser cette immobilité, que les pleurétiques se posent par instinct sur le côté malade, comme les sujets, frappés de péritonite, se couchent sur le dos. On ne peut mettre en doute que l'immobilité, dans ce cas, à part l'inflammation, ne soit d'un puissant secours pour la formation des pseudo-membranes; et je suis très-porté à croire, que si l'on pouvait mettre dans un rapport incessant deux points d'une séreuse viscérale, on les ferait adhérer sans inflammation préalable.

Maintenant, d'où dépendent ces altérations diverses qui accompagnent ou suivent l'inflammation lorsque celle-ci a été d'une longue durée? Pourquoi tantôt l'atrophie, tantôt l'hypertrophie? Pourquoi ici la dégénérescence cancéreuse, là un simple engorgement chronique, ailleurs une ulcération? Pourquoi cette multitude de produits pathologiques? Pourquoi ces milles formes de lésions organiques? Quelle en est la cause? quel en est le mécanisme? Peut-être est-il réservé à une génération future d'éclaircir tous ces mystères; mais jusqu'à ce jour on n'a pu que les observer sans les interpréter.

Nous avons vu se rattacher à un excès de calorique tous les phénomènes matériels de l'inflammation; de là nous sommes naturellement conduits à examiner comment peut avoir lieu cet excès de calorique, comment, par conséquent, peut se produire la chaleur physiologique, quel est, en un mot, le mobile de *la calorification*. Je me garderai bien d'amplifier cet écrit de toutes les théories par lesquelles on a cherché à expliquer la chaleur animale; je rappellerai seulement que les chimistes modernes crurent avoir résolu le problème en la faisant produire dans le poumon par une véritable combustion. Parmi toutes les objections qui peuvent

être opposées à cette doctrine, je n'en signalerai qu'une seule, mais elle suffit pour la ruiner : si le poumon était seul chargé de la calorification, une partie enflammée ne devrait pas être élevée à une plus haute température que le reste du corps, puisque le sang qu'elle reçoit lui vient de la même source. Cet accroissement de chaleur, caractère de toute inflammation, serait-il le résultat d'une plus grande accumulation, de sang ? Mais alors il faudrait dire pourquoi les parties à texture lâche qui, en proie à l'inflammation, sont énormément distendues par le sang, ne fournissent pas une plus forte dose de calorique que les tissus serrés qui ne peuvent jamais admettre qu'une petite quantité de ce liquide. Il faudrait encore dire pourquoi, dans l'inflammation, la chaleur précède toujours l'injection sanguine. C'est que la chaleur est le phénomène essentiel de l'inflammation, tandis que l'injection sanguine n'est, comme je l'ai démontré, que le résultat physique d'une calorification trop active. Et, si un excès de chaleur peut se produire ainsi dans toutes les parties du corps, il est naturel de conclure que toutes, dans l'état physiologique, ont leur part dans le maintien de la température animale.

Brodie, à Londres, fit des expériences tendant à démontrer que la chaleur animale est le résultat de l'action du système nerveux. Chossat, à Genève, répéta les expériences de Brodie, et en fit d'autres pour prouver que c'est de l'appareil nerveux ganglionnaire que dépend la calorification. Tout en me déclarant pour cette dernière opinion, ce sera sur d'autres considérations que je l'appuierai, parce que je ne pense pas que les observations faites sur des animaux horriblement mutilés puissent fournir à la science des inductions assez positives. Avant tout, voyons quel degré de confiance peuvent inspirer les opinions professées aujourd'hui sur cette question. Ne voulant point voir la source de la chaleur animale dans le poumon ; refusant au trisplanchnique, comme au cerveau et à la moelle épinière, la faculté de la produire, les physiologistes se sont pourtant vus forcés d'admettre que la calorification est un phénomène dépendant de la vie. Mais alors les uns en ont fait une dépendance chimique de toutes les fonctions ; tandis que d'autres l'on fait résulter d'une action spéciale de toute partie vivante.

Sans doute les changemens divers, les transformations nombreuses que fait éprouver à la matière l'exercice des fonctions peuvent produire un dégagement de calorique ; mais, certes, il y a une autre cause plus puissante et plus constante que celle-là : je n'en veux pour preuve que les malades chez lesquels toutes les fonctions languissent, et qui pourtant sont en proie à une chaleur ardente. Voyez ce phthisique chez lequel la nutrition est presque nulle ; le mal a dévoré ses poumons, et à peine lui reste-t-il quelques canaux bronchiques pour respirer ; il n'ingère dans son estomac qu'une minime quantité d'alimens ; déjà il est dans le marasme, et pourtant il est consumé par la chaleur !

D'un autre côté, dire que la calorification est le résultat d'une action spéciale des parenchymes, c'est rester dans un vague incompatible avec la précision scientifique. La sensation est, au même titre, le résultat de l'action spéciale des parenchymes. Mais, de même que c'est des nerfs de l'appareil cérébro-spinal qu'ils reçoivent la faculté de produire la sensation ; de même c'est, à mon avis, des nerfs ganglionnaires qu'ils obtiennent le moyen de développer la chaleur. Ce qui doit particulièrement fixer l'attention dans le système ganglionnaire, c'est, d'un côté, qu'il est tout-à-fait étranger à la sensibilité : les expériences de M. Brachet l'ont prouvé de la manière la plus positive ; d'un autre côté, c'est qu'il accompagne le système vasculaire à sang rouge dans toutes ses divisions, tandis qu'il ne se rencontre plus ni sur les veines ni sur les vaisseaux lymphatiques. Il a donc avec le fluide artériel des rapports de fonctions qu'on ne saurait contester ; car une disposition anatomique générale, sans exception, a toujours sa raison physiologique. Or, existe-t-il un phénomène simple en lui-même, qui, par conséquent, puisse être propriété d'un tissu comme la sensibilité est propriété des nerfs cérébraux ; phénomène qui se retrouve partout où arrive le sang artériel, et dont les variations, soit en plus, soit en moins, puissent rendre compte des maladies du système circulatoire ? Je ne vois que la chaleur animale qui puisse satisfaire à cette question. Mais ce n'est pas tout : l'anatomie comparée fournit à l'opinion que j'émets des preuves qu'on ne peut récuser. Si, en effet, le système nerveux ganglionnaire est l'appareil de la calorification, il doit manquer dans les dernières classes d'animaux, qui n'ont, en quelque sorte, que l'esquisse de la vie. Chez eux la sensibilité est obscure, et la chaleur ne leur vient que des rayons du soleil ou du sein de la terre. Le système ganglionnaire ne se rencontre, en effet, que chez les animaux vertébrés. Dans les poissons, il consiste en un filet très-fin avec peu ou point de ganglions, et il n'accompagne jamais les artères. Dans les reptiles, il est déjà plus distinct : il réunit entre eux les nerfs vertébraux et pénètre dans le crâne uni au nerf vague. Dans les oiseaux, il parvient dans le crâne avec le nerf vague et le glosso-pharyngien ; il communique avec la cinquième et la sixième paire ; il est très-distinct et ganglionnaire dans la poitrine, et se prolonge jusqu'aux vertèbres caudales. Enfin, suivant la remarque de Meckel et Weber, le nerf sympathique est d'autant plus petit relativement au corps, que l'animal est plus éloigné de l'homme.

Ainsi nous voyons le système nerveux ganglionnaire prendre naissance, grossir et s'étendre, à mesure que le système sanguin se développe, à mesure que l'animal a besoin de produire par lui-même le calorique nécessaire à sa vie. Et, tandis que les animaux à sang froid, tels que les poissons et les reptiles, qui ne présentent que les rudimens du nerf sympathique, sont obligés, dans les saisons rigoureuses, d'aller chercher les uns au fond des eaux, les autres dans le sein de la terre, la température compatible avec leur existence, les animaux à sang chaud, chez lesquels le trisplanchnique a atteint son summum de développement, peuvent vivre constamment à la surface du globe, et y subir toutes les variations de la chaleur atmosphérique. La faculté qu'ils ont de produire du calorique leur fait braver les frimas, et la transpiration cutanée les affranchit de l'excès de chaleur qu'ils pourraient éprouver sous les rayons d'un soleil brûlant. Chez eux, le système ganglionnaire accompagne les vaisseaux artériels jusque dans leurs dernières ramifications. Doués d'une activité propre comme ceux de la vie animale, tous ces cordons nerveux entretiennent le sang à la température qu'exigent la nutrition et les autres fonctions, et développent la cha-

leur par une action incessante, comme l'appareil cérébro-spinal donne lieu, par une activité constante, à la sensibilité générale et à tous les phénomènes qui en dépendent. Enfin, je rappellerai que les animaux à sang froid ne sont que très-peu ou point du tout susceptibles d'inflammation; et cette circonstance, coïncidant avec le peu de développement du système ganglionnaire, est une raison de plus pour accorder à ce système l'action calorisatrice, et à cette action, l'inflammation elle-même.

Les physiologistes ont beaucoup parlé des rapports qui existent dans la série des animaux entre la respiration et la calorification. Ces rapports sont réels; et il était difficile qu'il en fût autrement. Le contact d'un sang oxigéné est une condition nécessaire à l'action nerveuse : or, comment concevoir cette action elle-même, s'il lui manque un de ses élémens? Oui, la chaleur animale est une dépendance de la respiration, mais au même titre que la sensibilité; et, quelle que fût l'étendue de l'appareil nerveux ganglionnaire, quel que fût le développement de l'appareil nerveux encéphalique, l'un et l'autre resteraient sans action, s'ils n'éprouvaient le contact d'un sang enrichi d'oxigène par la respiration. Ces rapports ne sont pas les seuls : il faut y ajouter encore la circulation; car là où il y a une action nerveuse incessante et très-prononcée, il faut une respiration par des poumons, pour que le sang soit constamment chargé d'oxigène; et là où il y a une respiration par des poumons, il faut deux cours, deux sangs, deux circulations.

Je reviens à l'inflammation dont nous avons déjà étudié les caractères locaux, mais dont il nous reste à examiner l'influence sur toute l'économie. Pour peu, en effet, qu'elle ait de violence, elle ne tarde pas à faire sentir son empire à tout l'organisme, et l'on voit alors surgir un ordre de phénomènes dont l'ensemble constitue ce qu'on a appelé *fièvre*, acte morbide qui, à toutes les époques de l'art, a fixé l'attention des médecins, et qui, dans ces derniers temps surtout, a été l'objet de la polémique la plus orageuse. Toutefois la question est loin encore d'être résolue; et, si les modernes ont écrasé l'ancienne théorie des fièvres sous le poids des argumens les plus solides, certes, il s'en faut qu'ils l'aient remplacée par une doctrine inattaquable. Selon eux, la fièvre n'est que le résultat d'une irritation primitive ou sympathique du cœur. Voici, à cet égard, ce que professe M. Broussais : « Les irritations intenses de tous les organes sont trans-« mises au cœur; alors il précipite ses contractions, la « circulation s'accélère, et la chaleur augmentée de la peau « détermine une sensation pénible. C'est ce qu'on doit appe-« ler la fièvre, qui est ici considérée d'une manière géné-« rale et abstraite. La fièvre n'est jamais que le résultat d'une « irritation du cœur, primitive ou sympathique.

« Toute inflammation assez intense pour produire la fièvre « en parvenant au cœur l'est assez pour être transmise en « même temps à l'estomac et au cerveau (1). »

On le voit : l'opinion du professeur du Val-de-Grâce est ici positivement exprimée; c'est du cœur que partent tous les symptômes qui constituent la fièvre, et une irritation primitive ou sympathique de cet organe suffit pour les produire. Ainsi, cette irritation du cœur augmente la chaleur générale, elle donne naissance à la céphalalgie, au brisement des membres, au malaise, etc. Il eût été à désirer qu'en nous indiquant l'origine, le point de départ de la fièvre, le célèbre réformateur nous en eût démontré en même temps le mécanisme, qu'il nous eût dit enfin comment et pourquoi se développe chacun des symptômes, de l'ensemble desquels résulte cet état pathologique. Mais s'il ne s'était contenté d'effleurer la question, s'il avait essayé de marcher plus avant dans la science, il se serait trouvé arrêté au premier pas; car, en déduisant les phénomènes pyrétiques de l'irritation du cœur, il restait à dire pourquoi cette irritation peut exister sans fièvre. Ne voit-on pas chaque jour des sujets atteints d'hypertrophie du cœur, chez lesquels la circulation est habituellement accélérée, sans pourtant que la chaleur soit augmentée, sans que les autres symptômes de la fièvre se développent? D'ailleurs, les notions les plus élémentaires de physique ne suffisent-elles pas pour démontrer l'erreur? Et comment concevoir que l'accélération de la circulation augmente la chaleur générale, si le sang est toujours à la même température? Qu'un liquide à 40 degrés (centigrades) traverse les parties avec lenteur ou rapidité, il ne pourra jamais dégager plus de 40 degrés. Cette accélération de la circulation, rien de plus fréquent que de l'observer chez des sujets nerveux, d'ailleurs bien portans. Elle persiste dans certaines convalescences; chez les enfans surtout il n'est pas rare de compter 130 et même 140 pulsations artérielles par minute, alors que la chaleur est calmée, et que les autres symptômes de l'affection dont ils étaient atteints ont entièrement disparu. Ce serait une erreur si on les croyait encore en proie à la fièvre; ce serait une faute si on attendait, pour les nourrir, que le pouls fût revenu à son rhythme habituel.

Concluons de tout ce qui précède, que ce n'est point l'irritation du cœur qui produit la fièvre; que ce n'est point de cette irritation qu'émanent tous les symptômes pyrétiques; et il suffisait et les enchaîner les uns aux autres pour reconnaître qu'ils doivent avoir une autre origine. Pour considérer un des phénomènes de la fièvre, comme le principe, le générateur des autres, il faut non-seulement qu'il soit constant dans cet état pathologique, mais encore qu'il ne puisse pas exister sans le produire. Or, je n'en vois qu'un seul qui possède ce double caractère, c'est l'augmentation de la chaleur animale. Ce phénomène en effet se retrouve dans toutes les fièvres; il en est la mesure la plus exacte; et il ne peut exister sans traîner à sa suite tous ou la plupart des symptômes qui constituent l'état pyrétique. Il n'est pas nécessaire de dire que je ne parle ici que de la chaleur morbide, dont le caractère est de persister encore après que la cause qui l'a produite a cessé d'agir; et non de cette chaleur normale qui, bien qu'augmentée par des circonstances éventuelles, n'en conserve pas moins son caractère physiologique, puisqu'elle s'apaise toujours graduellement, à mesure qu'on s'éloigne de la cause qui avait déterminé cet accroissement. Telle est, par exemple, la chaleur développée par la course ou tout exercice forcé.

Symptôme inital et essentiel de la fièvre, la chaleur ne

(1) Examen des doctrines médicales et des systèmes de nosologie, propositions CXI, CXII, CXIV.

peut être que le résultat de l'exaltation de la calorification générale. Or, nous avons vu que cette fonction a pour principal agent, l'appareil ganglionnaire; c'est donc dans cet appareil que nous devons placer le siége de la fièvre, comme nous y avons placé la cause prochaine de l'inflammation. La chaleur étant générale, dans le cours de la fièvre il faut nécessairement que ce soit dans ses parties centrales, dans un ou plusieurs des principaux plexus ou ganglions renfermés dans les cavités viscérales, que le système ganglionnaire ait été impressionné, pour de là étendre ses modifications jusque dans ses dernières divisions; de même que les convulsions qui frappent à la fois les membres et les autres parties du corps sont inévitablement liées à une lésion du centre sensitif.

Je pourrais maintenant démontrer, comment de l'exaltation de la calorification émanent les autres symptômes de la fièvre; je pourrais en suivre la filiation, et en signaler le mécanisme; mais ce sujet, bien que plein d'intérêt, nous ferait passer les bornes d'une simple lecture, et je suis pressé d'arriver à une question, dont la solution, quelque difficile qu'elle ait paru jusqu'à ce jour, doit pourtant se trouver bien simplifiée, par ce qui précède; c'est la question de l'essentialité des fièvres. Si par fièvre essentielle, on entend une affection sans siége positif, dont l'économie, en masse, est saisie; un être morbide qui n'a aucun point de départ, mais qui existe partout, assurément la fièvre essentielle, comprise de cette manière, ne saurait exister. Un esprit sévère ne peut concevoir de maladies sans organes malades, et ce n'est pas un des moindres services rendus par l'école moderne, que d'avoir affranchi la science médicale des langes de l'ontologie qui naguère la souillaient encore. Mais si, par le titre de fièvre essentielle, on désigne celle qui peut surgir indépendamment d'une inflammation viscérale, celle qui consiste uniquement dans la lésion des centres nerveux ganglionnaires, on est forcé d'en admettre la réalité. Il n'est aucun organe, il n'est aucune partie de l'économie qui, pouvant être frappée sympathiquement d'une lésion quelconque, n'en puisse également être atteinte primitivement; et, si nous reconnaissons que l'état pyrétique est toujours lié à une affection des centres ganglionnaires, nous devons reconnaître aussi, tout en avouant que cet état peut-être amené par une inflammation viscérale, qu'il peut encore survenir spontanément par des causes plus ou moins appréciables, mais sans phlegmasie préalable.

De tous ces développemens, je déduis les corollaires suivans :

1° La fièvre et l'inflammation se touchent par leur nature; l'une consiste dans l'exaltation générale de la calorification; l'autre est le résultat de l'exaltation locale et bornée de cette fonction;

2° L'une comme l'autre peut être tantôt primitive, tantôt secondaire; car la lésion des centres nerveux ganglionnaires, peut en se concentrant dans tel ou tel viscère y faire éclater la phlegmasie, de même que l'affection locale des corps ganglionnaires, peut, après avoir allumé l'inflammation dans un organe, se propager aux centres nerveux et faire explosion par la fièvre;

3° Enfin, l'observation des symptômes pendant la vie peut seule établir l'antériorité pathologique.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

—

Considérations pratiques sur la sortie de l'humeur vitrée dans l'extraction de la cataracte, et de son influence sur le succès de l'opération; Par M. CARRON DU VILLARDS, Docteur en médecine, élève de l'école spéciale ophthalmique de Pavie.

Lorsque l'on réfléchit qu'un accident peut souvent faire échouer l'opération la plus facile et la mieux faite, on ne saurait trop s'occuper de la recherche des moyens capables d'éloigner les causes d'insuccès. C'est surtout par l'observation attentive et exacte des faits que l'on arrive à ce but, et l'on est souvent tout étonné de voir de brillantes théories presque universellement admises, s'écrouler devant les sévères résultats des faits pratiques.

Ce que nous venons de dire s'applique surtout à l'issue d'une partie du corps vitré dans l'extraction de la cataracte, soit qu'elle ait lieu dans le premier temps de l'opération, soit qu'on l'observe dans le second. On est vraiment étonné de voir la différence d'opinions que les opérateurs émettent à ce sujet; mais l'étonnement sera bien plus grand encore quand on saura que Beer, qui avait la réputation d'un observateur judicieux et habile, formulait la quantité de la perte d'humeur vitrée, nécessaire pour produire tel ou tel accident. Ainsi, selon le professeur de Vienne, la sortie d'un huitième, ou même d'un quart de cette humeur, n'a pas ou presque pas d'influence sur la réussite de l'opération : si l'évacuation de ce liquide est portée à un tiers, les chances d'insuccès augmenteront, et l'opéré courra de plus graves dangers si l'évacuation est portée jusqu'à la moitié. L'expérience a fait depuis long-temps justice de ces supputations théoriques : je sais, d'ailleurs, que, pour son compte personnel, le professeur Beer redoutait singulièrement cet accident, quelque léger qu'il fût : bien différent, en cela, du professeur Roux, qui prétend que la perte d'une certaine quantité de l'humeur vitrée n'entraîne point de conséquences fâcheuses, surtout si les yeux sont gros. Les faits tirés de la pratique de ce professeur sont tout-à-fait contradictoires et opposés à ses opinions; car M. Théodore Maunoir, dans sa thèse inaugurale, raconte que sur dix-neuf opérations pratiquées à la Charité par M. Roux, et dans lesquelles on avait observé la sortie de l'humeur vitrée, six seulement avaient été suivies de succès. Quant à moi, l'étude des faits m'a convaincu que l'issue du corps vitré est toujours un accident d'autant plus à redouter, qu'on ne peut, lorsqu'il a lieu, en borner l'étendue. Les cellules hyaloïdiennes une fois rompues, l'œil peut se vider entièrement, ainsi que je l'ai vu arriver plusieurs fois dans des opérations pratiquées à Pavie par le professeur Volpi (1). Cet accident est, dans la plupart des cas, produit par la pression imprudente et

(1) *Cenni critici intorno la clinica chirurgica di Pavia. Lugano*, 1818.

prolongée sur l'œil par les doigts de l'aide et de l'opérateur, au moment où le couteau achève la section de la cornée. Cela arrive d'autant plus fréquemment, que les préceptes ne sont pas très-précis sur le degré de pression qu'il faut employer pour n'éprouver aucun accident. On en peut juger par celui donné par Richter en ces termes : *Digitus ille qui palpebram inferiorem deprimit, comprimit simul paululum oculi, et sic illius motum cohibet.* Quoi de plus incertain, cependant, que ce mot *paululum?* puisque Richter ne définit point le degré de cette pression et l'instant où l'on doit la cesser!

En médecine opératoire, *un peu* ne signifie rien, ainsi que l'observait judicieusement M. Lisfranc dans son excellent cours d'opérations. Le même reproche peut aussi s'adresser aux conseils donnés à ce sujet par La Faye. Ware, dont l'opinion est d'un si grand poids en fait d'opération de cataracte, pense que des principes aussi vagues que ceux émis par Richter et Lafaye exposent à de grands dangers par la crainte où ils laissent l'opérateur de continuer trop long-temps la pression, ou de la cesser trop tôt. Le célèbre chirurgien anglais que je viens de citer, avait rectifié l'opinion de Richter en la donnant en ces termes : « Une pression modérée et régulière » peut être continuée avec la plus parfaite sûreté sur le » côté interne et inférieur de la sclérotique, non-seulement » jusqu'à ce que le temps de la ponction ait été accompli en » entier, mais encore jusqu'à ce que la pointe de l'instru- » ment soit entièrement ressortie au point opposé de la cor- » née, un peu plus bas que son diamètre transversal. Ce » temps de l'opération étant exécuté, toute pression doit » immédiatement cesser de la part de l'opérateur, car son » aide ne doit, en aucune manière, appuyer sur le globe. » Je suis persuadé que l'on doit se conformer en tous points à ces indications, et que par ce moyen on courra moins de chances d'évacuer l'humeur vitrée.

Il est des personnes plus sujettes que d'autres à la chute de ce corps ; ce sont celles dont la peau est vulnérable, le tempérament scrofuleux, et dont les yeux sont gonflés et saillans. Chez ces individus évidemment irritables, tous les muscles de l'œil se contractent à la fois, et l'attirent au fond de l'orbite, en agissant comme le muscle orbito-scléroticien des animaux, qui est la cause principale de la difficulté que l'on éprouve à pratiquer l'opération de la cataracte par extraction. C'est surtout quand on opère les deux yeux à la fois que cet accident est à craindre, car pendant qu'on opère un œil, l'autre se contracte et se vide. Il n'y a pas long-temps que j'ai été témoin d'un accident de cette espèce, qui n'aurait pas lieu si l'on se bornait à opérer un seul œil à la fois. Au demeurant, cet accident est beaucoup plus fréquent quand on opère le malade assis, et non couché ; parce que la résistance qu'opposaient au corps vitré le cristallin et l'humeur aqueuse, venant à cesser tout-à-coup, les cellules hyaloïdiennes n'ont pas une force suffisante pour empêcher que le liquide qu'elles contiennent ne suive les lois générales de la pesanteur.

Quoi qu'il en soit, la perte d'une certaine quantité d'humeur vitrée fait éprouver au malade la sensation d'un vide dans l'œil lorsqu'il fait un mouvement avec la tête. En examinant cet organe, on y distingue un léger tremblement qui se communique à l'humeur aqueuse. Quelquefois il ne se forme qu'une simple hernie de l'humeur vitrée, qui s'oppose pendant quelques jours à la cicatrisation de la cornée : mais celle-ci finit par l'étrangler, et la fait tomber en escarrhe, en produisant sur elle l'effet d'une ligature. L'expérience a prouvé que son excision était sans résultats avantageux, parce qu'elle se renouvelait presque toujours immédiatement, et qu'en cherchant à l'extraire avec des pinces on produisait des douleurs et des tiraillemens sur l'humeur vitrée, lesquels peuvent occasioner des accidens très-graves.

Quand on opère des hommes nerveux, des femmes hystériques, il n'est pas rare de voir survenir, pendant l'opération, une contraction spasmodique involontaire des paupières, connue sous le nom de blépharospasme, et qui met des entraves souvent sérieuses à la terminaison de l'opération. Ce spasme des paupières ressemble assez à celui dont sont atteints les enfans affectés de phobthophobie scrofuleuse, et qui contractent d'autant plus vivement les paupières qu'on leur recommande de ne pas le faire. Cette contraction des paupières pendant l'opération de la cataracte, est une des causes qui produit bien souvent l'expulsion partielle ou en totalité du corps vitré ; et, quand on opère les deux yeux à la fois, j'ai vu assez souvent l'œil gauche se vider pendant qu'on opérait le droit, *et vice versâ.* Cet accident dont nous avons déjà parlé ne suffirait-il pas pour engager les opérateurs à ne tenter l'extraction que sur un seul œil à la fois ?

Lorsque le blépharospasme est violent, il ne faut point s'entêter à poursuivre l'opération : si la section de la cornée est accomplie, il faut attendre que le calme soit revenu pour inciser la capsule, et extraire le cristallin. Il faut tranquilliser le malade, appeler son attention sur des objets étrangers à sa position, lui donner quelques cuillerées de potion calmante, et enfin lui placer à la nuque des linges imbibés dans l'eau très-fraîche. J'ai vue ce moyen réussir plusieurs fois. Tout ce que nous venons de dire s'applique aussi aux mouvemens rotatoires de l'œil, lesquels ne sont dangereux qu'autant qu'on veut les vaincre instantanément.

Aussitôt que l'opération est faite, pour prévenir la sortie consécutive de l'humeur vitrée, il importe de rapprocher les paupières avec soin, les maintenir dans cette position, faire coucher le malade sur le dos, et lui recommander de ne pas bouger la tête, et surtout de ne point causer. Ces précautions doivent être observées jusqu'au moment où la réunion de la cornée sera complète, alors tout danger d'évacuation vitrée aura disparu.

MÉMOIRE

Sur la suie, *considérée comme succédané de la* créosote ; Par P. BLAUD, Médecin en chef de l'hôpital de Baucaire, membre correspondant de l'Académie royale de Médecine, etc.

La préparation de la *créosote* est longue et difficile, et ce nouveau médicament, par sa rareté et sa cherté, n'est

pas à la portée de toutes les fortunes. Une substance qui serait moins rare, d'une préparation plus prompte et plus facile, et d'une égale efficacité, la remplacerait donc avec avantage.

Or, cette substance, c'est la *suie ;* et voici les réflexions qui nous l'ont fait découvrir.

Puisque la *créosote* est un produit de la distillation sèche des substances organiques, et que, d'une autre part, la combustion dans nos foyers est la même distillation faite à l'air libre, où l'âtre représente le fourneau, et les parois de la cheminée la cornue, nul doute que la matière qui se trouve attachée à ces parois, qui n'est que le produit de cette distillation, et dont d'ailleurs l'odeur est analogue à celle de la *créosote*, ne doive contenir une quantité plus ou moins grande de ce médicament, et par conséquent partager ses propriétés thérapeutiques.

La *suie* donc, si commune, à la portée du pauvre comme du riche, que tout le monde a sous la main en tout temps et en tout lieu, me parut devoir être expérimentée dans tous les cas où la *créosote* s'est montrée si efficace.

Les occasions de la mettre en usage ne tardèrent pas à se présenter ; et je ne vis pas sans étonnement des dartres rebelles, des teignes, des ulcères de mauvais caractère, des cancers même, se dissiper comme par enchantement au bout d'un temps très-court, sous l'influence de ce nouveau topique.

J'écrivis alors ma découverte au rédacteur du *Bulletin général de Thérapeutique*, et je promis en même temps de publier mes observations, lorsqu'elles seraient en nombre suffisant pour que mes assertions ne pussent paraître douteuses.

Ce sont quelques-unes de ces observations que je publie aujourd'hui. Elles démontreront, je l'espère, les avantages que l'on peut retirer, dans des cas presque toujours rebelles aux moyens de l'art, d'une substance jusqu'ici inusitée, et lui mériteront une place distinguée dans le domaine de la thérapeutique, d'où, jusqu'à présent, elle avait été si injustement exclue.

Ire *Observation.* Dartre squameuse occupant tout le menton jusqu'aux commissures des lèvres ; guérison par des lotions avec une décoction de suie (herpes squamosus lichenoïdes).

Paul Commune, âgé de 14 ans, est atteint depuis huit mois d'une dartre vive qui occupe toute la surface du menton jusqu'aux commissures des lèvres. Cette dartre offre une large croûte grisâtre, dure, très-adhérente, difficile à détacher de la peau, qui est tendue, douloureuse, gercée profondément, et dans différentes directions. La maladie a résisté à un grand nombre de topiques.

12 février 1834, prescription ; lotions, quatre fois par jour, avec la décoction suivante :

Prenez :	Suie	deux fortes poignées
	Eau	liv. j.

Faites bouillir pendant demi-heure ; passez avec expression.

Le 24 février, tout avait disparu ; la peau avait repris sa souplesse et sa couleur normales.

IIe *Observation.* Teigne faveuse (favus vulgaris) ; guérison prompte par des lotions avec la décoction de suie.

Louis Commune, frère du malade précédent, âgé de 10 ans, était atteint, depuis dix-huit mois, d'une teigne faveuse répandue sur toute la surface du cuir chevelu. Des croûtes jaunâtres, épaisses, alvéolées, y formaient des plaques proéminentes, irrégulières, plus ou moins larges, d'une odeur nauséabonde. Cette maladie avait résisté à tous les moyens qu'on avait employés pour la combattre.

Le 18 février 1834, après la coupe des cheveux et la chute des croûtes obtenue au moyen de cataplasmes, la tête fut lavée quatre fois par jour avec une forte décoction de suie chaude.

Le 24, la guérison était presque complète.

Le 2 mars, tout avait disparu.

Le topique n'avait causé aucune douleur.

IIIe *Observation.* Eruption croûteuse chronique sur la muqueuse nasale, guérie rapidement par des lotions avec la décoction de suie, et par une pommade faite avec la même substance.

Le nommé Boilièvre, Jean, âgé de 22 ans, fusilier au 30e régiment d'infanterie de ligne, avait, depuis près de deux ans, une éruption croûteuse sur la muqueuse nasale, pour laquelle il avait séjourné long-temps dans divers hôpitaux, sans qu'on eût pu le guérir. Admis dans l'hôpital confié à nos soins, le 21 mars 1834, il nous offrit les symptômes suivans :

Nez gonflé, dur, douloureux à la pression, lèvre supérieure tuméfiée ; bords des narines et muqueuse nasale couverts de croûtes épaisses, jaunâtres, comme gauffrées, obstruant presque entièrement le passage de l'air.

Prescription : lotions et aspirations fréquentes de décoction de suie chaude ; dans l'intervalle des lotions, application de la pommade suivante :

Prenez :	Axonge	℥ j
	Suie	℥ j

Mêlez.

Le 23 mars, mieux sensible ; point de douleur produite ni par les lotions, ni par la pommade.

Le 26, amélioration plus marquée.

Le 4 avril, guérison complète.

IVe *Observation.* Diphthérite guérie par la décoction de suie en gargarisme.

Maurice, Jean-Marie, âgé de 22 ans, fusilier au 30e de ligne, était atteint depuis quinze jours d'ulcérations aux gencives, lorsqu'il se présenta à notre visite le 12 mars 1834.

Les gencives étaient ulcérées, molles, fongueuses, saignantes à la moindre pression, et recouvertes d'une couche pseudo-membraneuse grisâtre, fétide, et s'en détachant par lambeaux.

Prescription : gargarisme avec la décoction de suie.

Le troisième jour, guérison.

Ve *Observation.* Cancer de la mamelle droite, ulcéré depuis un an ; guérison par la décoction et la pommade de suie.

Marguerite Michel, âgée de 64 ans, ayant cessé d'être réglée à 49, s'aperçut, il y a cinq ans, de l'existence, dans

la mamelle droite, d'une tumeur dure, mobile, de la grosseur d'une noix. Cette tumeur prit peu à peu de l'accroissement, et, deux ans après, elle avait atteint le volume d'un œuf de poule.

Alors aussi il s'y développa des élancemens douloureux, qui, d'abord légers et intermittens, devinrent continus, et d'une violence extrême.

Bientôt le mamelon rentra, et disparut par la rétractation du tissu cellulaire qui le liait à la glande squirrheuse, des veines varqueuses parurent dans son pourtour; il survint des hémorrhagies fréquentes, par le ramollissement et la rupture de ces vaisseaux, et enfin une ulcération qui fut croissant jusqu'au 4 mars 1834, où elle se présentait sous les caractères suivans :

Ulcère transversal, de quatre pouces de longueur, de trois de largeur et deux pouces de profondeur, à bords renversés en dehors, durs, bosselés, à surface inégale, de couleur rouge-pâle, mêlé de points jaunâtres, et de laquelle suinte un liquide ichoreux et d'une horrible fétidité.

Cet ulcère est d'une sensibilité extrême, et fait éprouver, nuit et jour, à la malade, des douleurs atroces qui, depuis plus de six mois, la privent des douceurs du sommeil. Aussi y a-t-il perte de l'appétit, maigreur, une sorte de marasme. La nature de l'affection est évidente.

Prescription. Lotions fréquentes avec une décoction de suie tiède; application de la pommade suivante dans l'intervalle des lotions :

Prenez :	Axonge.	℥ ij
	Suie.	℥ ij
	Extr. de belladone (à cause de la sensibilité de l'ulcère)	3 ij
	M.	

A la première application de la pommade, l'ulcération perd son excès de sensibilité, et les douleurs cessent pour ne plus reparaître; le sommeil revient.

Le 11 mars, la surface de l'ulcération a diminué des deux tiers; les bords en sont souples, affaissés; la suppuration n'est plus fétide; des bourgeons charnus en grand nombre et d'une bonne couleur apparaissent de toutes parts sur le reste de sa surface.

Le 20, la cicatrisation a fait de nouveaux progrès, et le 26, la guérison est complète. Plusieurs confrères, MM. Linnée, Guet, etc., ont été témoins de ce fait remarquable.

VIe *Observation.* — Cancer ulcéré de l'utérus; cicatrisation prompte de l'ulcération sous l'influence de la décoction de suie employée en injections, et de la pommade de cette même substance.

Marie Bernard, âgée de 64 ans, ayant vu ses règles cesser à 50, éprouva, deux ans après, une sensation incommode de pesanteur dans les parties génitales, qui fut bientôt suivie d'une leucorrhée peu abondante, cessant de temps à autre, pour reparaître à intervalles irréguliers.

Cet état dura plusieurs années sans qu'il survînt aucun trouble dans l'organisation de la malade.

Mais peu-à-peu le sentiment de pesanteur acquit plus d'intensité; il survint des douleurs lancinantes dans l'intérieur du vagin; les selles et l'émission des urines devinrent difficiles; et enfin, le 21 décembre 1833, la malade ayant réclamé nos soins, nous offrit les symptômes suivans :

Douleurs lancinantes presque continuelles dans l'intérieur des parties génitales, écoulement par la vulve d'un liquide ichoreux sanguinolent et fétide douleur intolérable dans l'aine gauche (où l'on n'aperçoit ni tuméfaction ni rougeur), se propageant au membre pelvien du même côté; défécation et excrétion des urines difficiles; la première ne peut avoir lieu qu'au moyen des lavemens, et la seconde, que par des efforts violens et fréquemment répétés; sensation d'un froid glacial dans les lombes, qui fait le tourment de la malade, et l'oblige de couvrir constamment cette région de vêtemens de laine fortement échauffés; sommeil nul; appétit diminué; maigreur; faiblesse musculaire, locomotion difficile, et par cette faiblesse, et par les douleurs dont le membre abdominal gauche est le siége.

Le toucher rend manifeste une large ulcération à la région qui occupe le col de l'utérus. La partie de cet organe accessible au toucher a le volume d'une pomme de rainette; elle est bosselée, dure, et offre un ulcère de trois pouces dans son plus grand diamètre et de deux pouces dans son plus petit, à bords inégaux, durs, renversés en dehors, et divisé en plusieurs lobes par de profondes scissures. Un de ces lobes, situé à gauche, dur, squirrheux comme les autres, mais plus volumineux, forme une espèce d'anse, et se continue avec le reste du corps de l'utérus; ce qui explique les douleurs que la malade éprouve dans l'aine de ce côté. Sans doute que le plexus sacré gauche se trouve atteint par l'inflammation cancéreuse; ce qui expliquerait aussi la douleur du membre pelvien correspondant.

Après cet examen, il ne peut plus y avoir de doute sur la nature de la maladie; c'était un squirrhe ulcéré de l'utérus qu'il fallait combattre; et par quels moyens?

Je prescrivis le traitement banal employé dans ces sortes de lésions organiques : bains de siége émolliens et calmans, injections et lavemens de même nature; extrait de ciguë dans la journée, opium le soir, pour procurer du sommeil la nuit.

Le mal ne fit qu'empirer.

Le 24 février, la malade, désespérée, fut à Montpellier réclamer les conseils du professeur Lallemand, qui ajouta l'extrait d'aconit à celui de ciguë, mais sans plus de succès.

Enfin les forces de la malade s'épuisèrent; la locomotion devint impossible, et la malade s'alita complètement.

C'est à cette époque que je faisais mes expériences sur la suie appliquée aux ulcérations diverses, et, en désespoir de cause, je tentai l'usage de ce médicament.

Le 11 mars, j'employai les injections de la décoction de cette substance au nombre de cinq à six, faites successivement au moyen d'une seringue à matrice, et répétées quatre fois dans la journée. La sensibilité de l'organe n'en fut point augmentée, et la malade n'en éprouva aucune douleur.

Le 18, l'ulcération avait perdu de son étendue.

Le 22, je joignis aux injections l'application de la pommade de suie (*voy.* obs. 3); le 26, l'ulcération était réduite au quart de sa surface primitive. Ses bords étaient affaissés, moins durs, plus égaux, et le volume de la tumeur était moindre; les scissures avaient disparu; les douleurs avaient cessé; les selles et l'émission des urines étaient plus faciles, et le sommeil était revenu.

Je remplaçai la pommade, dont l'application était difficile et toujours incomplète, faute de spéculum, et les injections, dont la répétition fréquente fatiguait la malade, par des bains locaux de décoction de suie, au moyen d'un entonnoir dont le bec recourbé, introduit dans le vagin, y produisait une arrosion continue.

Le 10 avril, l'ulcération n'est plus sensible. On a peine à atteindre l'utérus, dont l'engorgement a beaucoup diminué. Le doigt, après le toucher, n'est plus recouvert de mucosités sanguinolentes comme auparavant. Mais cet engorgement n'est pas détruit; l'utérus est encore dur et squirrheux, et il y a, sans doute, à craindre une ulcération nouvelle que la suie ne pourra prévenir.

Telle était encore mon opinion un mois après, bien qu'il n'y eût rien de changé dans l'état général de la malade, lorsque, le 10 mai, je la soumis à une nouvelle exploration.

Ce ne fut pas sans étonnement que je vis alors la partie de l'organe malade accessible au toucher ne plus offrir de squirrhosité, et ayant repris sa consistance et sa souplesse normales.

Le col de l'utérus n'existe plus; il a été détruit par l'affection cancéreuse, ainsi qu'une partie considérable du bas-fond de cet organe; ce qui est sensible par la dépression remarquable que présente la cicatrice à sa partie inférieure. Cette cicatrice s'offre, au toucher, sous la forme d'une bourse globuleuse, fermée par un cordon.

Bien qu'il n'y ait aucune ouverture sensible, quelques gouttes d'un liquide séro-sanguinolent qui s'en échappent par intervalles, et des douleurs plus ou moins vives qui se font sentir de temps à autre dans l'hypogastre, me font soupçonner que la surface interne de l'utérus est encore atteinte de l'affection cancéreuse; et, comme la décoction de suie n'y peut pénétrer, il est à craindre que ce cancer interne ne fasse des progrès, et n'entraîne la perte de la malade.

Quoi qu'il en soit, la puissance cicatrisante de cette substance est mise dans tout son jour, par ce fait, dont mon confrère, M. Linnée a encore été témoin, et que je publie, quoiqu'incomplet, par ce qu'il montre l'étonnante efficacité d'un moyen si simple, dans une affection dont rien, jusqu'à ce jour, n'a pu empêcher l'issue funeste.

VIIe *Observation.* — Dartre squameuse (*herpes squamosus scabioïdes*), sur le gland et le prépuce, promptement guérie par des lotions avec une décoction de suie.

Pierre Germain, âgé de 30 ans, était atteint, depuis quatre ans, d'une dartre écailleuse, qui occupait toute la face dorsale de la main gauche. Cette dartre disparut spontanément, il y a environ 20 mois; mais, deux mois après, le gland et la partie interne du prépuce se couvrirent de pustules nombreuses, très-rapprochées, d'un rouge vif, desquelles suintait un fluide qui s'épaississait en fausses membranes molles, d'un blanc jaunâtre. Le malade, qui était en proie, la nuit surtout, à une démangeaison continuelle, vive, insupportable, qui le privait du sommeil, avait mis en usage, mais sans succès, une foule de topiques.

Le 5 avril 1834, je lui prescrivis des lotions, avec une décoction de suie.

Le même jour la démangeaison a beaucoup diminué.

Le 6, la dartre a perdu de sa couleur vive, et offre, dans beaucoup de points, la couleur normale du gland.

Le 10, la guérison est complète.

VIIIe *Observation.* — Ulcère vénérien rebelle, situé à la partie moyenne et postérieure de la cuisse gauche, promptement guéri par la décoction de la pommade de suie.

Catherine Roche, âgée de 28 ans, était atteinte d'une syphilis invétérée, lorsqu'elle réclama mes soins et ceux de mon confrère, M. le docteur Guet, son médecin ordinaire, dans le mois de mars de l'année 1833.

Les principaux symptômes de cette affection étaient une céphalalgie vive, des douleurs ostéocopes, des exostoses aux condyles de l'humérus droit, à l'os frontal, et à la partie antérieure et moyenne du tibia gauche, et deux larges ulcérations, une au mollet gauche, et l'autre à la partie postérieure et moyenne de la cuisse du même côté.

Nous combattîmes intérieurement cette affection par des pilules composées de deuto-chlorure de mercure, d'extrait de gaïac, et d'extrait aqueux d'opium, par une tisane de salsepareille; et les ulcères furent pansés avec l'onguent mercuriel.

Ce traitement, suspendu plusieurs fois à cause de la salivation qu'il produisait, dissipa, à peu près tous les symptômes de la maladie; mais l'ulcération de la cuisse lui résista opiniâtrement.

Cette ulcération, arrondie, avait environ deux pouces de diamètre, et six à huit lignes de profondeur.

Le 1er mars 1834, je proposai des lotions avec la décoction de suie, et l'application de la pommade faite avec cette même substance. La cicatrisation fut complète le dix-neuvième jour.

IXe *Observation.* — Dartre squameuse lichénoïde (*herpes squamosus lichenoïdes*), rebelle, occupant la joue gauche, guérie par la décoction et la pommade de suie.

Marie Cavenne, âgée de 49 ans, était atteinte, depuis 12 ans, d'une dartre occupant la partie supérieure de la joue gauche, et la surface correspondante du nez, et qui avait opiniâtrement résisté à tous les moyens qu'on avait mis en usage pour la combattre.

Cette dartre formait une croûte épaisse de quatre à six lignes, grisâtre, profondément gercée, laissant échapper de ses bords et de ses gerçures, par la pression, un liquide séro-purulent. Quand la malade, forcée par la démangeaison qu'elle éprouvait, venait à la détacher, on voyait une surface rouge, granulée, de laquelle suintait une infinité de gouttelettes séro-purulentes, qui, se rapprochant entre elles, et se desséchant, ne tardaient pas à former une nouvelle croûte. Les bords de l'ulcération étaient entourés d'une auréole d'un rouge vif, et la paupière inférieure de l'œil gauche était fortement éraillée vers l'angle interne, de manière que, dans cette région, la muqueuse palpébrale était à découvert.

Le 28 mars 1834, les croûtes furent ramollies et détachées au moyen d'un cataplasme, et le lendemain, je lui prescrivis des lotions avec la décoction de suie, et, dans l'intervalle de ces lotions, l'application de la pommade faite avec cette même substance.

Le 15 avril, l'amélioration est sensible.

Le 22, la portion de la dartre occupant la joue est presqu'entièrement guérie; on n'y observe plus qu'une seule gerçure de 3 à 4 lignes de longueur sur une de largeur; le reste de la peau affectée a repris sa couleur normale. Celle qui occupe la surface gauche du nez, résiste encore, mais néanmoins s'améliore.

Le 6 mai, elle est réduite à la surface d'une pièce d'un franc.

Le 16, la dartre de la joue n'offre plus qu'une légère pellicule jaunâtre, adhérente à la cicatrice qui est complète. Cette pellicule ne dépasse pas le niveau de la peau. Elle résulte d'un léger suintement de la région malade, qui n'a pas encore entièrement repris son type normal de vitalité. La portion de la dartre qui reste encore sur le nez a diminué d'étendue, mais sa surface est encore granulée, et d'une couleur jaunâtre. On voit tout autour une bonne cicatrice blanchâtre.

Le 23, l'ulcération a pris une couleur rougeâtre; la cicatrisation s'avance sur ses bords.

Le 27, la dartre de la joue ne laisse plus de traces; la région qu'elle occupait a repris sa couleur normale; le reste de celle du nez marche vers la cicatrisation, de telle sorte que la guérison complète de cette rebelle affection ne peut se faire long-temps attendre.

Xe *Observation.* — Favus général, guéri par la décoction et la pommade de suie.

Joseph Linsolat, âgé de 12 ans, était atteint d'une teigne faveuse, depuis environ deux ans, lorsqu'il vint réclamer mes soins.

Non-seulement le cuir chevelu était recouvert des croûtes qui caractérisent cette affection, mais encore la nuque, le tronc, les bras, les avant-bras, les cuisses et les jambes en offraient d'éparses çà et là, de différentes dimensions, et qui présentaient toutes la couleur jaunâtre, et la structure ombiliquée, qui lui sont propres.

Le 6 avril 1834, application de cataplasmes, pour déterminer la chute des croûtes.

Le 7, lotions avec la décoction de suie.

Le 10, les pustules disséminées sur le tronc et les membres, ont disparu; la peau y offre une couleur rougeâtre foncée, mais sans altération de son tissu. Celles de la tête présentent une amélioration sensible.

Le 23, guérsion.

XIe *Observation.* — Ephélide (*pannus hepaticus*), rapidement guérie par des lotions avec la décoction de suie.

Élisa F***, âgée de 20 ans, ayant la peau blanche, les cheveux noirs, les menstrues régulières, et jouissant d'une bonne santé, était atteinte, depuis deux ans, d'une affection cutanée au cou et sur le devant de la poitrine qui offrait les caractères suivans : taches d'un jaune-brun, légèrement verdâtre, irrégulières, arrondies, de dimensions et de formes variées, séparées entre elles par des intervalles à peine sensibles, et formant, en général, de larges plaques qui contrastaient singulièrement avec les régions de la peau demeurées saines.

Cette éruption, qui ne dépassait pas le niveau de la peau, et se détachait par le frottement en écailles très-fines, laissant subsister au-dessous d'elles la couleur jaune-brun caractéristique de l'affection, ne causait ni démangeaison, ni cuisson, ni douleur. Mais la jeune malade, qui d'ailleurs n'était pas dépourvue de beauté, en était singulièrement déparée, et mettait beaucoup de prix à la voir disparaître.

Le 1er mai 1834, je lui prescrivis des lotions avec la décoction de suie, répétées 3 à 4 fois par jour.

Le 4, la peau avait complètement repris sa couleur naturelle.

XIIe *Observation.* — Dartre écailleuse sèche (*herpes squamosus scabioïdes*), sur la partie antérieure des jambes, existant depuis 40 ans, guérie par la pommade de suie.

P*** B***, âgé de 60 ans, d'une bonne constitution, jouissant d'une santé parfaite, avait, depuis l'âge de 20 ans, à la suite d'une éruption psorique, une large dartre squameuse sèche, occupant toute la partie antérieure de chaque jambe, depuis deux pouces au-dessous du genou jusqu'aux environs du coude-pied.

Cette dartre, fort incommode par la démangeaison insupportable qu'elle causait, avait résisté à une foule de traitemens tant internes qu'externes, ainsi qu'aux eaux thermales sulfureuses de Vaqueïras (Vaucluse), où le malade avait été plusieurs fois.

Le 10 mai, un bain tiède pour détacher les écailles dartreuses; ensuite, application de la pommade de suie.

Le 14, amélioration sensible : plus de démangeaison.

Le 16, on ne voit plus que quelques pustules isolées sur la large surface qu'occupait la dartre. Dans les intervalles qu'elles laissent entre elles, la peau est d'un rouge pâle, et tend à reprendre sa couleur normale; il ne s'y forme plus d'écailles.

Le 16, les pustules, rares, au nombre de 5 à 6 sur chaque jambe, qui existaient le 16, ont diminué d'étendue, et sont sur le point de se cicatriser. Aussi n'hésitons-nous pas à considérer ce cas comme en voie de guérison certaine, et à l'assimiler aux faits concluans que renferme cet écrit.

XIIIe *Observation.* — Prurit de la vulve, dartre couperose, à la face (*varus gutta, rosea*), existant depuis plusieurs années, guéris par des lotions avec de la décoction de suie.

Jeanne D***, âgée de 49 ans, ayant toujours eu régulièrement ses menstrues, qui n'ont cessé que depuis 4 mois, née d'un père atteint de la dartre couperose, offrait cette même affection depuis 5 à 6 ans, et souffrait en même temps d'un prurit de la vulve fort incommode, qui avait résisté à une foule de médicamens.

La dartre n'offrait point de croûtes, mais seulement de petites pustules agglomérées sur les joues, d'une couleur rouge qui prenait une vivacité remarquable après les repas.

Le 16 mai 1834, je lui prescrivis des lotions de suie.

Le 17, le prurit de la vulve est moindre.

Le 20, il n'existe presque plus; les pustules de la face s'isolent.

Le 23, il n'y a plus de prurit; la peau, dans les intervalles des pustules des joues, reprend sa couleur normale.

Le 26, le teint est naturel, et a tellement perdu sa vivacité morbide, que la malade, par le contraste qu'offre sa situation présente avec son état antérieur, paraît pâle et convalescente de quelque grave affection.

XIVe *Observation.* — Dartre squameuse lichénoïde

(*herpes squamosus lichenoïdes*), guérie par la pommade de suie.

Une jeune fille âgée de 17 ans, était atteinte depuis un mois d'une dartre pustulo-croûteuse, occupant toute la joue droite. Elle formait une croûte épaisse, jaunâtre, gercée profondément, d'environ trois pouces de diamètre, s'étendant de bas en haut, depuis le bord supérieur de la mâchoire inférieure jusqu'à la paupière inférieure, et depuis les environs du trou auditif externe, jusqu'à l'aile du nez. Les bords de cette dartre étaient d'un rouge vif, et parsemés de petites pustules qui annonçaient que la maladie n'avait point terminé son accroissement, et qu'elle se disposait à envahir une plus grande étendue de la surface tégumentaire.

Prescription : cataplasme pour faire tomber les croûtes ; et le lendemain application soir et matin, d'une décoction de suie dans l'huile d'olive, à consistance de pommade.

Le topique ne cause aucune douleur ; les croûtes ne se renouvellent plus ; la cicatrisation se fait rapidement par des points isolés où la peau reprend sa couleur normale, et le huitième jour eut lieu la guérison.

XVe *Observation.* — Gale (*scabies exquisita*), guérie rapidement par la décoction de suie.

Antoine Léon, âgé de 9 ans, était atteint de la gale depuis quinze jours, lorsqu'il fut confié à mes soins, le 8 mai 1834. Les bras, et surtout les avant-bras, les cuisses et la partie antérieure du tronc, étaient couverts de pustules psoriques qui causaient, surtout la nuit, une démangeaison insupportable.

Je lui prescrivis des frictions avec la pommade suivante :

Prenez :	Axonge.	℥ viij
	Soufre sublimé.	℥ ij
	Sous-carbonate de potasse.	℥ j
	M.	

Le 16 mai, l'enfant me fut ramené ; son état était à peu près le même. Je profitai de cette occasion pour expérimenter l'efficacité de la suie dans cette éruption cutanée, et je lui prescrivis des lotions avec la décoction de cette substance, répétées trois à quatre fois par jour.

Le 21, la guérison était complète.

J'omets à dessein, et pour ne pas multiplier outre mesure les faits rapportés dans ce mémoire, de mentionner d'autres observations analogues, qui toutes démontrent l'efficacité de la suie dans ces sortes d'affections.

Mais je ne dois pas passer sous silence quelques cas où cette substance a complètement échoué.

XVIe *Observation.* Le premier cas est celui d'un homme âgé d'environ 64 ans, atteint d'un cancer du nez existant depuis plusieurs années, et survenu, sans cause appréciable, à la suite du développement spontané et de l'accroissement successif d'une pustule sur la surface extérieure de cet organe. Les cartilages avaient été détruits ; l'ulcère occupait toute la surface nasale ; ses bords étaient durs, bosselés, renversés, et sa large surface mamelonnée, granulée, facilement saignante, laissait suinter un pus ichoreux et fétide.

La décoction et la pommade de suie ont été employées pendant plus de deux mois, et le sont encore, sans avoir produit aucune amélioration. La créosote, soit mêlée à de l'eau en différentes proportions, soit pure, n'a pas eu plus de succès.

XVIIe *Observation.* Le deuxième cas est celui d'une femme âgée de 50 ans, qui, ayant reçu, il y a deux ans, un coup sur la mamelle gauche, ressentit, peu après, des élancemens douloureux dans cet organe. Au bout de 15 jours, un abcès se forma ; le sein devint énorme ; le pus se fit jour à travers plusieurs ouvertures spontanées, qui ont demeuré long-temps fistuleuses.

Lorsque la malade vint réclamer mes soins (10 mars 1834), le sein gauche offrait une large ulcération, superficielle, d'un rouge pâle, mollasse, comme fongueuse, irrégulière dans sa forme, de trois pouces dans son plus grand diamètre, et de laquelle suintait un liquide séro-purulent très-abondant. Cette ulcération avait résisté à un grand nombre de topiques.

Je lui prescrivis des lotions fréquentes avec la décoction de suie, et, dans les intervalles des lotions, l'application de la pommade de cette même substance.

L'effet que j'en attendais fut produit ; quatre à cinq jours après, l'ulcération se dessécha, cicatrisa en plusieurs points, et le suintement séro-purulent s'arrêta.

Mais bientôt la mamelle devint douloureuse, rouge, dure, rémittente, et ces accidens inflammatoires, qui durèrent plusieurs jours, ne se dissipèrent que lorsque l'ulcère et l'écoulement séro-purulent se furent reproduits.

D'après cette expérience, la malade refusa, et avec juste raison sans doute, de revenir à l'usage du médicament.

XVIIIe *Observation.* Enfin le troisième cas, analogue au précédent, m'a été rapporté par un confrère à qui j'avais communiqué les succès de mes expériences sur l'emploi de la suie dans les ulcérations diverses.

Il appliqua ce topique sur un ulcère chronique situé sur la face dorsale de la main gauche. La suppuration fut promptement tarie ; mais bientôt tout l'avant-bras se tuméfia considérablement, devint douloureux et rouge, et cette inflammation ne se dissipa que par le rétablissement spontané de l'ulcération primitive.

Résumé. — Cinq ordres de faits thérapeutiques sont renfermés dans ce mémoire.

Le premier ordre comprend des éruptions cutanées diverses, savoir :

1° Six affections dartreuses, en général chroniques, rebelles et graves (obs. I, IX, XI, XII, XIII, XIV), toutes guéries plus ou moins promptement par la décoction ou la pommade de suie.

2° Deux favus (obs. II, X) qui se sont dissipés rapidement par les mêmes moyens.

3° Une affection psorique qui avait résisté à une pommade composée de soufre et de sous-carbonate de potasse, qui a été aussi très-promptement guérie par des lotions avec la décoction de suie.

Le second ordre de faits se compose de lésions cutanées diverses s'étendant à des organes sous-jacens ; tels sont l'ulcère cancéreux de l'observation V, guéri en vingt-deux jours par la décoction et la pommade de suie, et l'ulcère

vénérien chronique et rebelle de l'observation VIII, qui fut cicatrisé en dix-neuf jours par les mêmes moyens.

Au troisième ordre de faits se rapportent les irritations et exsudations chroniques des membranes muqueuses nasales (obs. III), buccale (obs. IV), et génitale (obs. VII, XIII), qui n'ont pas résisté à l'action de ces agens.

Le quatrième ordre de faits comprend la lésion des muqueuses s'étendant à des organes sous-jacens. Une seule observation se rapporte à cet ordre, et n'est pas, à mon avis, la moins intéressante de toutes celles que j'ai réunies dans ce mémoire. C'est le cancer ulcéré de l'utérus qui fait l'objet de l'observation VI, et qui, après deux mois de traitement, a offert, dans la partie susceptible d'être explorée, une cicatrisation complète.

Enfin, je forme le cinquième ordre de faits des affections qui ont résisté à l'action de la suie, ou dans lesquelles cette action a été plutôt nuisible qu'utile (obs. XVI, XVII, XVIII).

Conclusion. — Il résulte de la plupart de ces faits que la suie est un topique d'une efficacité incontestable dans les dartres, les varus, les pannes, les favus, la gale (1), les exsudations croûteuses de la muqueuse nasale, la diphthérite buccale, les ulcérations cancéreuses des mamelles et de l'utérus, les ulcères syphilitiques chroniques, les affections dartreuses de la muqueuse des parties génitales, le prurit de la vulve, etc.

D'après cela, il est évident que la suie peut remplacer la créosote dans toutes ces circonstances; qu'elle doit même lui être préférée par la facilité de sa préparation, par son abondance, qui la met à la portée de tout le monde, et par la faculté qu'elle a d'agir sans causer de douleur comme ce dernier médicament.

Il est probable aussi que la suie produirait de bons effets dans la leucorrhée chronique, surtout dans la vaginale, où son application se ferait avec facilité, dans les fistules anciennes, dans les ulcères atoniques, en un mot dans tous les cas où la créosote a été mise en usage.

Mais les observations XVI, XVII, XVIII, démontrent, d'une part, que toutes les affections cancéreuses ne sont pas susceptibles de se dissiper sous son influence (obs. XVI), et, d'une autre part, qu'il existe certaines ulcérations chroniques, surtout celles qui donnent lieu à une exhalation abondante de fluides séro-purulens, comme les dartres squammeuses humides (herpes squamosus madidans) par exemple, qu'il serait imprudent de traiter sans précaution, par un médicament dont la puissance dessicative et cicatrisante se montre avec tant d'intensité.

A Beaucaire, le 28 mai 1834.

BLAUD, médecin en chef de l'hôpital, etc.

---

(1) Un fait digne de remarque, et qui confirme encore cette conclusion, c'est que les ramoneurs, qui vivent presque habituellement dans une atmosphère de suie, sont généralement exempts de toute affection cutanée chronique, dartreuse, psorique, etc.

JOURNAL

DE

LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS.

Ier TRIMESTRE 1834.

NOTICE

Sur la Vie et la Mort de Spurzheim.

(Extrait du n° de mars 1833, du *Journal de Phrénologie d'Edimbourg*, t. VIII, n° 35.)

JEAN-GASPAR-SPURZHEIM naquit le 31 décembre 1776 à Longwi, village près de Trèves, sur la Moselle. Ses parens cultivaient une ferme de la riche abbaye de *Saint-Maximin de Trèves;* et c'est dans l'université de cette ville qu'il reçut son éducation de collége. Il était destiné à l'église, par ses parens; mais lorsque les Français, en 1799, envahirent cette partie de l'Allemagne, il alla à Vienne étudier la médecine, et y fit connaissance avec Gall. Il se livra avec zèle à l'étude de la nouvelle doctrine, et suivit en 1800, pour la première fois, un des cours particuliers que Gall faisait de temps en temps depuis quatre ans. Il resta l'élève de Gall jusqu'en 1804, époque à laquelle il s'associa à lui comme collaborateur. Après avoir fini ses études médicales, il quitta Vienne avec Gall, en 1805, par suite d'un ordre du gouvernement autrichien qui défendait tous les cours particuliers, à moins de permission expresse. Ils se proposaient de voyager ensemble et de poursuivre en commun leurs recherches dans l'anatomie et la physiologie du système nerveux; de 1805 à 1807, ils visitèrent plusieurs des principales villes d'Allemagne, de France, de Prusse et de Danemarck. Cette dernière année, Gall se fixa définitivement à Paris, et, assisté de Spurzheim, il y fit ses premiers cours. En 1806, ils résolurent de communiquer à l'Institut de France les résultats de leurs recherches anatomiques... On sait le résultat de ces communications; sous l'influence du premier consul Bonaparte, l'Institut fit un rapport où l'on cherchait à diminuer le mérite des savans étrangers (1). Le mémoire à l'Institut, de Gall et Spurzheim, avait été présenté le 14 mai 1808. Le rapport de la commission fut signé par MM. Tenon, Sabatier, Portal, Pinel et Cuvier. Bientôt après le mémoire fut publié avec des remarques sur le rapport de Cuvier, sous le titre de: *Recherches sur le système nerveux en général, et sur celui du cerveau en particulier;* mémoire présenté à l'Institut de France, etc., par Gall et Spurzheim, in-4°.; Paris. 1809. Dans cet ouvrage, les sections du mémoire sont données séparément, et chacune est suivie d'une réplique aux objections faites contre elle par les commissaires. En 1810 fut commencée la publication de *l'Anatomie et de la physiologie du système nerveux en général, et du cerveau en particulier*, par Gall et Spurzheim, ouvrage qui ne fut complété qu'en 1819. Les 3e. et 4e. volumes furent publiés après la séparation de Gall et de Spurzheim, et ne portent que le nom du premier. Cet ouvrage est orné d'un bel atlas in-folio contenant cent planches.

En juin 1813, M. Spurzheim fit une visite à Vienne, où il prit les degrés de docteur en médecine; après quoi il se rendit en Angleterre, où il arriva en mars 1814. Pendant son séjour dans ce pays, il publia en anglais « *The physiognomonical system of Drs. Gall and Spurzheim*, » in-8°.; London, 1815.— *Outlines of the physiognomonical system*, in-12; London, 1815, — et *Observations on the deranged manifestation of mind or insanity*, in-8°.; London, 1817. Le premier de ces ouvrages ne reçut point un accueil favorable de la presse périodique de l'Angleterre, et il fut en particulier violemment attaqué dans le 49e. n°. de *l'Edimburgh Review*, par feu le docteur J. Gordon, qui lui appliqua, ainsi qu'à la doctrine qu'il expose, les qualifications de *friperie*, de *misérable fourberie*, de *collection de pures absurdités*, sans *vérité*, sans *connexion*, sans *consistance*, et de *morceau de charlatanisme achevé, depuis le commencement jusqu'à la fin.*

L'intention de Spurzheim avait toujours été de visiter l'Athène écossaise; cet article le confirma dans sa résolution. Il se procura une lettre d'introduction pour cette ville, mais une seule; c'était pour l'auteur présumé de la critique susdite. Il lui fit une visite, et obtint la permission de disséquer un cerveau en sa présence. L'auteur lui-même était professeur d'anatomie, et la dissection eut lieu dans la salle des leçons. Quelques yeux furent plus ou moins clairvoyans que d'autres, car ils virent ou pensèrent qu'ils avaient vu les fibres: un second jour fut arrêté. La salle était aussi pleine que possible, et une table intermédiaire fut réservée pour Spurzheim, afin qu'il pût exposer successivement aux spectateurs l'objet des recherches. Là, la *Revue d'Edimbourg*

(1) On trouvera, dans le *Journal d'Édimbourg*, des détails particuliers sur les circonstances de ce rapport. (*Note du Trad*).

d'une main et un cerveau de l'autre, il opposa des faits à des assertions. L'auteur de l'article continua à croire comme la *Revue d'Edimbourg*, mais le public crut l'anatomiste, et ce jour conquit près de cinq cents témoins à la croyance de la structure fibreuse de la substance blanche du cerveau, tandis qu'il enleva une grande partie de ses admirateurs au professeur antagoniste.

Soutenu ainsi par le succès, Spurzheim ouvrit un cours d'anatomie et de physiologie du cerveau dans ses rapports avec l'esprit. Il avait coutume de dire à l'Écossais : « Vous êtes lent, mais vous êtes sûr; il faut que je reste quelque temps avec vous, puis je vous laisserai le fruit de mes travaux pour qu'il mûrisse entre vos mains. C'est ici un lieu d'où se répandra comme d'un centre, la doctrine de la phrénologie sur toute la Grande-Bretagne. »

La critique dont nous venons de parler donna lieu, de la part de Spurzheim, à un ouvrage intitulé : *Examination of the objections made in Britain against the doctrines of Gall and Spurzheim*, in-8°., Edimbourg, 1817; ouvrage dans lequel il mit en évidence l'ignorance et la vaine présomption des auteurs de la *Revue*. Pendant son séjour dans le Royaume Uni, Spurzheim fit des cours à Londres, à Bath, à Bristol, à Dublin, à Cork, à Liverpool et à Edimbourg. Etant retourné à Londres en 1817, il y fit un nouveau cours, et fut nommé associé du collége royal des médecins de cette ville. Au mois de juillet de la même année, il se rendit à Paris où il continua ses travaux jusqu'en 1825, faisant d'importantes observations sur l'homme sain et malade, et contribuant largement aux progrès de la science de la nature humaine. A Paris, il fit deux cours par an sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du cerveau et des sens externes. Il y publia aussi en 1818, ses *Observations sur la folie ou sur les dérangemens des fonctions morales et intellectuelles de l'homme*, avec deux planches, et ses *Observations sur la phrénologie ou la connaissance de l'homme moral et intellectuel, fondée sur les fonctions du système nerveux*, avec sept planches; puis, en 1820, son *Essai philosophique sur la nature morale et intellectuelle de l'homme*, tous in-8°.; son ouvrage anglais, intitulé : *View of the elementary principles of education, founded on the study of the nature of man*, in-12, parut à Edimbourg en 1821, et fut réimprimé avec de nombreuses additions, in-8°., à Londres, en 1828. Une édition française parut à Paris, en 1822. En 1824, le gouvernement français, aussi sage que celui d'Autriche l'avait été, défendit les cours sans permission spéciale, et Spurzheim fut obligé de se réduire à des conversations particulières chez lui. Dégoûté de toutes ces tracasseries, il céda, en 1825, aux sollicitations de ses amis de Londres, et visita de nouveau cette ville; il y fit deux cours de 18 leçons sur la phrénologie, en mars et avril de cette année, outre plusieurs démonstrations de dissections du cerveau aux hôpitaux de Saint-Thomas et de Saint-Barthélemy, et dans quelques écoles médicales. A cette occasion, la manière dont il fut mentionné par les journaux périodiques, particulièrement par la *Revue médico-chirurgicale*, et par la *Lancette* et quelques autres journaux de Londres, montra qu'un grand changement s'était opéré à son égard dans le public.

Pendant son séjour à Londres, il publia des ouvrages importans, *Phrenology or the doctrine of the mind and of the relations between its manifestations and the body*, avec 15 gravures; puis : *A view of the philosophical principles of Phrenology*, tous deux in-8°., 1825. Dans ces ouvrages, qui, de même que : *The view, of the elementary principles of education*, ne sont que des éditions étendues de quelques-uns des principaux chapitres du *système physiognomonique*, brillent la perspicacité et la profondeur d'intelligence, le soin et la minutie d'observation, ainsi que la pureté du sentiment moral, qui distinguent tous les écrits de Spurzheim; et ils seront un monument, par le moyen duquel la postérité jugera, avec connaissance de cause, de l'admirable caractère et des talens de ce grand phrénologiste.

Spurzheim ne tarda pas à retourner à Paris. L'impression qu'il avait produite en Angleterre durant son séjour, ne fit que s'accroître après son départ, et lui valut enfin une nouvelle invitation de retourner à Londres; il s'y rendit, et au commencement de 1826, il fit un cours, dans l'Institut de Londres, au milieu d'un nombreux auditoire, outre des cours particuliers, le soir.

Cette année, il mit au jour deux publications utiles : *Phrenology in connexion with the study of physiognomony*, 1ere partie : Caractères avec 34 planches, in-8°., auquel nous avons fait allusion à la page 109 de ce numéro; de plus : *The anatomy of the brain with a general view of the nervous system*; in-8°., avec 11 planches. Après la publication de ces ouvrages, il retourna à Paris, mais il n'y resta pas long-temps, car peu après, il prit la résolution de quitter la France, et de se fixer en Angleterre. S'étant donc transporté en Angleterre, il visita, vers la fin de 1826, Cambridge, dont l'université lui fit un accueil honorable. Le vice-chancelier mit à sa disposition une des salles de cours publics, et il eut pour auditoire, plus de cent personnes, y compris des hommes du premier nom et de la plus grande influence dans l'université. Il fit plus d'une fois des cours sur la direction du cerveau dans l'amphithéâtre du professeur d'anatomie. Il fut fêté toutes les fois qu'il parut au collége, et fit l'impression la plus favorable sur les professeurs d'anatomie et de médecine. Il fit ensuite des cours à Bath et à Bristol, avec un plein succès; les administrateurs de l'institution littéraire, dans chacune de ces villes, avouèrent que jamais professeur ne leur avait attiré tant de monde. L'intérêt augmentait à chaque leçon, et en général, la dernière était la plus suivie. En avril 1827, il fit à l'Institut de Londres un nouveau cours qui fut suivi par plus de 700 personnes; tandis qu'il recevait chez lui, Gower Street, une fois par semaine, pour répondre aux questions et aux objections concernant la phrénologie. Dans le cours de cette année, il publia à Londres un petit ouvrage intitulé : *Outlines of Phrenology*; indiquant en même temps l'explication des numéros des têtes. Ayant été invité à Hull par la *Société pour les recherches phrénologiques*, à faire des cours dans cette ville, il commença ses démonstrations, le 6 décembre, 1827. A Hull, il visita l'atelier de la maison de refuge pour les aliénés, l'école de grammaire, la prison de la ville, et dans chacun de ces endroits, il donna des preuves de son talent à prédire le caractère d'après l'inspection

de la tête. Spurzheim, après avoir reçu l'hommage d'un dîner de la part de la Société de Hull, se rendit à Édimbourg, en janvier 1828, sur l'invitation réitérée des phrénologistes de cette ville, et y fit des cours populaires, qui furent suivis par deux cents hommes et femmes. Il fit aussi un cours particulier d'anatomie, de physiologie et de pathologie du cerveau, à quatre-vingts médecins, dont les quatre cinquièmes étaient étudians. Sollicité de nouveau, il recommença son cours public, et son cours particulier fut suivi par soixante-dix auditeurs. On pouvait observer une grande différence dans la manière dont son auditoire l'écouta dans ses cours de 1817, et dans ceux de 1828. Dans la première occasion, l'autorité de la *Revue d'Édimbourg* était colossale, et un sourire d'incrédulité siégeait fixement sur les lèvres de beaucoup de ses auditeurs. Ils s'attendaient à quelque chose d'extravagant, et étaient plutôt désappointés que satisfaits par la force de ses démonstrations et la solidité de ses argumens. En 1828, son auditoire cédait facilement et volontairement à l'impression de ses talens; il écoutait avec l'attention la plus profonde et le respect le plus sincère; il sentait la puissance de son enseignement et de ses lumières; en conséquence, il ouvrait son esprit pour recevoir des idées positives, et était richement récompensé. Ses leçons eurent les effets les plus heureux sur les étudians en médecine. Les dissections étaient minutieuses et soigneusement démontrées. Il réussit à les désabuser des idées fausses que leur avaient données, chaque année, leurs maîtres, de lui et de ses doctrines; leur fournissait les moyens de juger par eux-mêmes de la vérité, aussi bien que de la dignité des attaques qui continuaient à être lancées de la chaire sur la phrénologie et les phrénologistes, et leur enseignait à poursuivre la science pour leur propre satisfaction. Le 25 janvier 1828, la Société phrénologique, donna un dîner à Spurzheim, dans lequel il exprima sa vive satisfaction des progrès inattendus que sa science avait faits. « Le docteur Gall et moi, disait-il, nous avons souvent causé de l'admission future de nos doctrines. Bien que nous eussions pleine confiance dans les lois invariables du créateur, cependant nous n'avons jamais espéré de les voir, durant notre vie, aussi généralement admises qu'elles le sont aujourd'hui. » Il honora une des séances de la Société de sa présence, et y donna fort au long des instructions pratiques des plus importantes sur la manière de vérifier le développement des organes intellectuels, et répondit de la manière la plus satisfaisantes aux objections des anti-phrénologistes, touchant les sinus frontaux. Tandis qu'il visitait à Édimbourg l'asile pour les aliénés, et l'hôpital des enfans pauvres, en présence du docteur Hunter, chirurgien de l'établissement, de l'honorable docteur G. Halyburton, du docteur Combe, et de quelques autres personnes, il nota un grand nombre de ceux dans lesquels il existait une correspondance remarquable entre le caractère et le développement cérébral.

Sur une invitation spéciale, Spurzheim se rendit d'Édimbourg à Glascow où il fit un cours public suivi par deux cent cinquante hommes et femmes, et un cours particulier, suivi par soixante médecins praticiens et autres individus. Ce fut durant son séjour à Édimbourg et à Glascow qu'eut lieu sa correspondance avec sir William Hamilton, sur les sinus frontaux et autres sujets liés à la phrénologie.

Cinq fois il défia sir William de se trouver avec lui en public, afin que les argumens de chacun d'eux fussent ouvertement exposés et appréciés; mais chaque fois le noble baronnet déclina cette controverse. Aussi bien à Édimbourg qu'à Glascow, Spurzheim et sa femme qui l'avait accompagné, furent reçus dans les sociétés particulières, de la manière la plus cordiale et la plus prévenante, par les personnes du premier rang de ces villes; et ils laissèrent tous deux une impression profonde de leur valeur personnelle à tous ceux qui jouirent du plaisir de leur connaissance. En 1828, Spurzheim fit paraître son *Sketch of the natural laws of man*, in-12, ouvrage qui, malgré le désavantage de sa forme de catéchisme, et le vague de quelques expressions de la préface, sera hautement apprécié par les esprits éclairés et philanthropes.

De retour à Londres, Spurzheim continua à répandre la connaissance de sa science, avec un zèle infatigable. Le 14 mai 1829, il lut un mémoire sur le cerveau, devant la Société Royale, qui refusa cependant de lui donner place dans les transactions. Il fut publié par Spurzheim, comme appendice à son ouvrage sur l'anatomie du cerveau, conjointement avec quelques remarques peu courtoises, mais bien fondées, sur les observations de M. Ch. Bell sur la phrénologie.

Dans le cours de l'année 1829, il fit des cours à Manchester, à Liverpool, à Bolton, à Bakewell, à Derby, à Nottingham, à Sheffield, à Wakefield, à Leeds, et dans d'autres villes d'Angleterre. Vers la fin de cette année, il perdit son excellente femme à laquelle il était fortement attaché, et dont la mort lui fit une profonde blessure. C'est elle qui avait exécuté les dessins qui ornent ses dernières publications, ainsi que les lithographies de son ouvrage sur la physiognomonie. Par suite de cette perte, il ne fit pas de cours, l'hiver de 1829 à 1830; mais ayant été engagé par la Société phrénologique de Dublin, à se rendre dans cette ville, il y alla en avril, et y fit, à l'Institut de Dublin, un cours qui eut un plein succès. Sur la demande d'un grand nombre de médecins, il fit aussi un cours d'anatomie, de physiologie et de pathologie du cerveau, à l'École d'anatomie de médecine et de chirurgie.

Pendant son séjour à Dublin, l'Académie Royale irlandaise ajouta, par un acte qui l'honore également ainsi que le docteur Spurzheim, le nom de ce dernier à celui de ses membres honoraires. En 1831, il visita de nouveau Dublin et y fit des cours, après quoi, il se rendit en France pour y passer l'été et l'automne. Pendant l'hiver, il fit un cours à Paris; et au commencement de 1832, il publia un petit *Manuel de phrénologie*, le dernier de ses ouvrages. C'est alors qu'ayant reçu de pressantes invitations de l'Amérique, il prit la résolution d'aller répandre ses doctrines dans le Nouveau-monde, pour lequel il s'embarqua au Hâvre, le 20 juin 1832.

—

Lettres écrites à M. Combe sur la mort de Spurzheim.

« Boston, le 15 novembre 1832.

» Cher Monsieur,

» Bien que je n'aie pas l'honneur de vous connaître personnellement, je pense que le motif de ma lettre justifie assez la liberté que je prends.

» Peut-être la triste et malheureuse nouvelle vous est-elle parvenue avant cette lettre, mais c'est avec les sentimens de la plus profonde douleur que je vous annonce que Spurzheim n'est plus !

» Il est mort dans cette ville, le 10 du courant, à onze heures du soir, après une maladie d'environ trois semaines. Le 17 septembre, il commença un cours de phrénologie dans cette ville, et peu après, un autre cours à l'université de Harvard, à Cambridge. Ces cours lui prenaient six soirées dans la semaine. Il fit en outre, pendant le jour, un cours devant la faculté de médecine, sur l'anatomie du cerveau.

» Ayant été accueilli de la manière la plus favorable, il travailla avec un zèle extraordinaire à éclaircir ses principes. Comme il était personnellement admiré par nos concitoyens, on réclamait partout sa présence, on l'invitait de tous côtés. Joignez à ces continuels engagemens les variations continuelles du climat, qui eurent une influence défavorable sur sa constitution. Les changemens subits l'exposaient au froid; et le passage sans précaution d'un amphithéâtre chaud à l'air du soir, le débilita. Ces différentes causes produisirent d'abord une légère indisposition qui, si elle avait été soignée, aurait facilement cédé. Regardant sa maladie comme moins importante que ses cours, il continua ceux-ci pendant plusieurs jours, quand la prudence exigeait qu'il cessât entièrement tout travail, etc.

« NAHUM CAPEN. »

» New-York, 16 novembre 1832.

» Monsieur,

» Ayant eu, il y a quelques années, l'honneur d'entrer en correspondance avec vous, etc., etc.

» Spurzheim est mort à Boston, à dix heures du soir, le 10 du courant. Il avait fait, comme vous avez pu l'apprendre, alternativement des cours à Boston et à Cambridge, devant un nombreux auditoire. Ses auditeurs, à Boston, étaient au nombre de trois à six cents, suivant l'état du temps, etc., et de soixante-dix à Cambrige; sa maladie commença par des frissons et continua, bien qu'il persistât à faire ses leçons, jusqu'à ce que dans la dernière ou les deux dernières leçons, il fut tout-à-fait obscur et confus, et évidemment travaillé par une profonde faiblesse. Aucun de ses amis ne put lui persuader de s'arrêter jusqu'au mercredi, quinze jours avant sa mort, la fièvre s'étant alors tellement accrue, qu'elle le força à se coucher. Il ne voulut prendre aucun remède, quelque pressé qu'il fût par les médecins qui s'empressaient autour de lui. Il ne voulut absolument prendre que des lavemens, objectant que la pratique des Anglais et des Américains était trop active, et oubliant malheureusement dans quel climat il se trouvait. Les symptômes se succédèrent d'une manière obscure, mais ils prirent peu à peu la forme du synochus avec grande prostration nerveuse; puis il alla de mal en pis jusqu'à la fatale catastrophe.

» J'arrivai par hasard à Boston la nuit de sa mort; n'ayant pas entendu parler de sa maladie, je ne l'ai pas vu vivant. J'arrivai le lendemain matin, trop tard pour le voir vivant, mais à temps pour être témoin des bons sentimens des habitans de Boston; il s'était déjà formé une réunion pour se charger des funérailles, et d'autres choses qui avaient pour but de montrer leur respect pour l'illustre défunt. M. Quincy, président du collége, et la plupart des professeurs avec des médecins et d'autres savans distingués, étaient présens, ce qui donna beaucoup d'autorité à cette réunion.

» On nomma un comité pour l'autopsie et l'embaumement du corps, afin que ses amis pussent le transporter sur le continent, s'ils en avaient l'intention; un autre comité pour prendre soin de ses effets; et un troisième pour préparer des funérailles publiques et autres marques de respect semblables. Conformément à ce plan, le corps fut transporté au collége, et le lundi eut lieu l'autopsie, à laquelle assistèrent un grand nombre de médecins. Il existait quelques traces d'augmentation de vascularité dans l'arachnoïde et la pie-mère, et une adhérence du colon au péritoine, dans la région iliaque droite. Je vous enverrai mes notes sur la nécroscopie par la première occasion, n'ayant que quelques minutes maintenant. On prit des moules de la tête, du cerveau, etc., et plusieurs artistes firent des esquisses de la face; une fut prise par M. Audubon, l'ornithologiste.

» Les funérailles auront lieu dans une des églises de Boston, samedi, et le professeur Follen, compatriote de Spurzheim, prononcera un discours. Le corps sera déposé sous une des voûtes du beau cimetière du Mont-Auburn, dans une bière de plomb, et si ses amis ne veulent pas l'enlever, on lui érigera un monument à la même place.

» Le docteur Jackson a eu l'obligeance de me promettre de m'envoyer l'observation qu'il a l'intention de publier; le discours sera aussi publié. S'il en est ainsi, je tâcherai de vous les procurer avec quelques autres particularités, et de vous les faire tenir par la première occasion. Je regrette de n'avoir pas à vous transmettre une relation plus détaillée, mais le paquebot part à l'instant, c'est pourquoi je vous prie d'excuser mon griffonnage. Je n'ai pas besoin de vous dire combien Spurzheim eût été utile à notre pays; il y avait ici un vaste champ à cultiver et une riche moisson à recueillir, et ses opinions auraient ici gagné beaucoup de terrain. Il aurait eu des cours à faire dans toutes les villes; les villages mêmes se préparaient à le demander, et le bien qu'il aurait fait aurait été incalculable. C'est une grande perte pour la science et plus particulièrement pour la phrénologie, car il avait des manières qui lui gagnaient facilement des âmes, ce qui l'aidait beaucoup dans la partie utile de son enseignement. Ici à Boston, toutes les personnes qui l'avaient connu avaient pour lui ces attachemens vifs qu'il excitait partout; sa perte est non-seulement un deuil public, mais le deuil d'un ami pour chacun. J'espère vous donner un détail plus

circonstancié par la première occasion, et suis avec respect, votre très-humble serviteur,

« ROBERT M. KIBBIN, M.-D. »

Voici le tableau des mesures de la tête de Spurzheim, pris le 3 mars 1828, par M. Combe et M. Walter Tod.

1. Amativité. — Plein ou assez large.
2. Philogéniture. — Large.
3. Concentration. — Assez petit.
4. Attachement. — Assez large.
5. Combativité. — Assez plein.
6. Destructivité. — Très-large.
7. Secretivité. — Large.
8. Acquisivité. — Assez large.
9. Construction. — *id.*
10. Amour-propre. — Large.
11. Amour de l'approbation. — Large.
12. Circonspection. — Assez large.
13. Bienveillance. — Très-large.
14. Vénération. — *id.*
15. Fermeté. — *id.*
16. Conscience. — Assez large.
17. Espérance. — Assez plein ou plein.
18. Merveillosité. — Plein ou assez large.
19. Idéalité. — Assez large.
20. Esprit. — *id.*
21. Imitation. — Assez large ou large.
22. Individualité. — Large.
23. Forme. — Assez large ou large.
24. Volume. — Large.
25. Poids. — Plein.
26. Couleur. — Assez plein ou plein.
27. Localité. — Large.
28. Nombre. — Assez plein ou plein.
29. Ordre. Assez large.
30. Eventualité. — Plein.
31. Temps. — Large.
32. Ton. — *id.*
33. Langage. — Assez large ou large.
34. Comparaison. — Très-large.
35. Causalité. — *id.*

	Pouces (1).
Mesures de l'épine de l'occipital à l'individualité.	7 7/8
— de la concentration à la comparaison.	7 2/8
— de l'oreille à l'épine de l'occipital.	4 4/8
— — à l'individualité.	5 2/8
— — à la fermeté.	6 1/2
— — à la bienveillance.	6
— de la destructivité à la destructivité.	6 6/8
— de la sécrétivité à la sécrétivité.	6 4/8
— de la circonspection à la circonspection.	5 7/8
— de l'idéalité à l'idéalité.	5 6/8
— de la construction à la construction.	5 4/8

(1) Mesures anglaises. (N. D. T.)

Voici quelques détails plus précis sur la mort et l'autopsie de Spurzheim, extraits du numéro 36 du Journal de Phrénologie d'Edimbourg. Le docteur James Jackson de Boston (1) dit dans son rapport, après avoir parlé du début de la maladie, que lorsqu'il vit Spurzheim, le 30 octobre, en consultation avec le docteur Grigg, cinquième jour depuis qu'il était alité, il trouva la langue *tout-à fait sèche*, excepté sur les bords, et noire, mais sans enduits épais; beaucoup de soif, point d'appétit.... Peau sèche et un peu chaude; point de douleur précise accusée par le malade, mais sensations désagréables vers la tête; et de temps en temps malaise dans les intestins; insomnie continuelle et agitation. « Il avait l'idée que sa maladie avait le caractère cholérique, ou qu'il existait chez lui une disposition à cette maladie, un état d'irritation du canal digestif; mais il n'eut point de nausées; et le docteur Grigg m'affirma qu'il n'avait eu aucun symptôme cholérique, » (pag. 184.) Plus tard survinrent des soubresauts des tendons et du délire. *On crut découvrir* le 8 novembre, de la sensibilité à la pression dans le côté gauche de l'abdomen; mais il n'en existait plus le lendemain. Le docteur Jackson et les autres médecins assistans ne reconnurent aucune inflammation à ces symptômes; le premier l'appelle une *fièvre continue, dans laquelle les symptômes nerveux prédominaient.*

« Il n'y avait point de symptômes de putridité, ni de symptômes fortement inflammatoires. Si on l'appelait un vrai typhus, beaucoup de personnes s'y tromperaient; il faudrait plutôt la nommer un synochus, quoique ce ne puisse être encore sans encourir d'objection, » pag. 196 (2).

Je ne citerai du rapport du docteur Jackson, sur l'autopsie, que le passage suivant : « Il y avait, dans quelques endroits, altération de couleur des intestins, spécialement dans cette portion logée dans le bassin. C'était une altération cadavérique (3). Cependant on fit des ouvertures (4) dans les endroits suspects, ainsi que dans l'estomac, dans la dernière portion de l'iléon et du cœcum. On n'y découvrit aucun changement dans la membrane muqueuse de ces parties (5), pag. 199.

« Comme il est rare qu'un malade succombe à une fièvre idiopathique, sans trace d'inflammation, cette autopsie était intéressante sous le point de vue pathologique. Elle donna une preuve aussi évidente que possible, que la fièvre ne dépend pas de l'inflammation (6), » pag. 199.

(1) Il ne faut pas confondre le docteur J. Jackson, de Botson, avec le professeur Jackson de Philadelphie. (N. D. T.)

(2) Quelle pauvre logomachie, quelle triste ontologie, en présence d'une inflammation si évidente ! ! (N. D. T.)

(3) Quel incroyable parti pris de ne point admettre d'inflammation ! (N. D. T.)

(4) Au lieu d'ouvrir le canal digestif, dans un cas où l'on ne trouvait pas d'altération suffisante pour expliquer la mort !!

(5) On verra plus loin que cette membrane muqueuse était altérée.

(6) Le lecteur va bientôt apprécier la valeur de cette assertion.

Procès-verbal de l'autopsie du corps du docteur Spurzheim, faite le 11 *novembre* 1832, *par le docteur* ROBERT M. KIBBIN, *de Belfast.*

« Peu d'émaciation générale.

» *Tête.* La dure-mère adhérait si fortement au crâne, « qu'on ne pouvait l'en séparer sans la déchirer.

« Les vaisseaux de la dure-mère plus injectés de sang « qu'à l'ordinaire ; la faulx extraordinairement vasculaire. « (Suivant la remarque du docteur Warren, on pouvait ap- « peler cela de l'inflammation, mais il faudrait prendre garde ; « dans mes notes j'ai entreligné ces mots : « *Je dirais in-* « *flammée*). »

« Dans l'arachnoïde, opacité qui ne doit pas exister.

« Pie-mère. Les gros vaisseaux non distendus, quelques « petits distendus ; mais comme la tête avait été placée « plus haut que le corps, le sang en aura pu être évacué « par la position.

« Injection (vascularity) considérable de toute la surface « du cerveau ; point de congestion dans le sinus longitudi- « nal ; crâne épais, ou plutôt dense (thick).

« Comme on moula le cerveau, il ne fut point examiné « davantage.

« *Thorax.* Muscles de couleur naturelle ; substance « cellulaire assez jaune ; médiastin vasculaire et plus rouge « que de coutume ; faible adhérence, de longue date, entre « les plèvres pulmonaire et costale. Dans la plèvre pulmonaire, « rien de remarquable ; la substance du poumon, vue à tra- « vers la plèvre, paraît plus foncée qu'à l'ordinaire. Hépa- « tisation du bord inférieur du lobe inférieur et de la partie « postérieure du poumon droit. (Beaucoup de ces alté- « rations peuvent survenir après la mort.) Le lobe inférieur « du poumon gauche présente la même accumulation du sang.

« A la pression, les poumons paraissent sains ; la struc- « ture intérieure est normale dans les parties supérieures ; « dans les inférieures, il y a eu suffocation.

« Péricarde sain, contenant une demi-once de sérosité « légèrement teinte de sang.

« Cœur présentant plus de substance graisseuse qu'habi- « tuellement à cet âge. Aorte large ; membrane propre saine ; « valvules de l'aorte indurées à leurs bords, mais non ossi- « fiées ; la tunique de l'artère épaisse, mais non dure ; ar- « tère innominée, du volume de la carotide, ou de la sous- « clavière.

« Au passage du doigt dans le ventricule droit par l'artère « pulmonaire, ce ventricule paraît petit et contient du sang « plus fluide que de coutume. (On pense qu'il en est ainsi « dans la fièvre adynamique.) Point de fluide d'aucun côté « de la poitrine.

« On n'ouvrit pas le cœur, voulant le conserver.

« *Abdomen.* — A la région iliaque droite, extérieure- « ment, la peau et la membrane cellulaire sont bleuâtres. « A l'intérieur, vis-à-vis cette coloration, il y a une adhé- « rence entre les parois et le grand arc du colon et une par- « tie de l'épiploon. Le colon est entraîné en bas, vers le « milieu de la cavité abdominale, par suite de cette adhé- « rence. On détruit facilement l'adhérence sans altérer la « structure des parties. L'épiploon contient un peu de graisse « transparente ; du côté gauche, aspect violet. Adhérences « très-étendues et très-solides du colon, ainsi que de l'arc « du colon et du cœcum ; le colon distendu par des gaz ; « vaisseaux de la tunique celluleuse du colon très-injectés ; « membrane séreuse de même. (Ceci est anormal.)

« Dans les petits intestins, les vaisseaux de la membrane « interne paraissent injectés, et montrent cet aspect d'ar- « borisation qui existe ordinairement dans l'inflammation de « la membrane muqueuse (1). Les intestins grêles, de cou- « leur brun foncé, soit par suite de la maladie, soit par suite « de la position (*je dirais morbide*, ai-je écrit).

« L'estomac paraît sain, un peu vasculaire à ses extrémi- « tés, mais rien qui ne puisse être accidentel. Les membra- « nes séreuse et cellulaire saines. Légère rougeur de la mem- « brane muqueuse, principalement de ses villosités. A l'extré- « mité droite, même aspect ; environ un demi-verre de li- « quide dans l'intérieur ; rien d'extraordinaire dans l'estomac.

« A l'ouverture d'*une portion* des intestins grêles, où « la vascularité était le plus apparente, on voit la même ap- « parence. Les veines injectées, soit pathologiquement, soit « accidentellement. Point d'ulcération. La surface interne « du colon paraissant dans un état tout-à-fait morbide, mais « non enflammée ; grand changement de couleur, mais point « d'injection de la membrane muqueuse correspondante à « la séreuse.

« Le foie, de forme, de volume, etc., naturel ; d'une « couleur foncée vers le bord inférieur ; ailleurs, d'une « couleur naturelle. Rate plus volumineuse que de coutume, « et divisée en deux lobes, un antérieur petit, un postéri- « eur plus grand. Vésicule du fiel modérément distendue « par un liquide qui n'a point l'apparence d'une bile saine, « plus aqueuse et moins colorée qu'à l'ordinaire. Les intes- « tins vides. Le foie sain dans sa substance. Le pancréas et « les reins sains.

« Je m'informai au docteur Jackson s'il y avait eu dou- « leur à la pression dans les régions où existait l'altération « de couleur, comme s'il y avait eu meurtrissure récente. « Il avait mis beaucoup de soin à presser et même à enfon- « cer les parois de l'abdomen l'une contre l'autre, et n'avait « jamais déterminé de douleur. »

(On voit pourquoi le docteur Jackson et autres n'admettaient pas d'inflammation abdominale chez Spurzheim, c'est qu'il n'y avait pas de douleur à la pression ; comme s'il n'existait pas des milliers de phlegmasies sans douleur, ainsi que le prouvent, tous les jours, les nécroscopies, et comme le démontre en particulier celle de l'illustre phrénologiste. Au reste, il est une considération qui doit beaucoup diminuer les regrets que nous pourrions concevoir de ce que l'on a méconnu la phlegmasie gastro-intestinale qui a enlevé Spurzheim à la science, c'est qu'alors même qu'elle eût été reconnue, alors même qu'un bon plan de traitement eût été conçu et adopté par les médecins qui l'entouraient, le malade se serait toujours obstinément opposé à toute médication efficace. Spurzheim était donc malheureusement destiné à une mort inévitable, dès qu'il est tombé malade. N. D. T.)

---

(1) La voilà donc enfin reconnue cette inflammation. N. D. T.

ANALYSE DU N° 5.

(Août, Septembre, Octobre 1824),

Du Journal phrénologique d'édimbourg;

Par ADRIEN BERBRUGGER.

(ARTICLE 1er.)

L'auteur de cet article ne partage pas l'opinion soutenue par Dugald Stewart, que le caractère national d'un peuple dépend entièrement des circonstances extérieures (climat, sol, etc.), et que la somme primitive de facultés instinctives, morales et intellectuelles de l'espèce humaine, est la même en tout pays. Il fait remarquer que l'histoire nous présente dans les diverses nations des traits permanens, distincts de caractère, lesquels indiquent positivement des différences naturelles dans leurs facultés. Les peuples européens ont toujours montré une forte tendance aux améliorations morales et intellectuelles. Les révolutions politiques, les invasions de barbares, ont quelquefois arrêté cette tendance, mais ils ne l'ont jamais supprimée; et, une fois l'obstacle disparu, les impulsions naturelles reprenaient toute leur activité.

Les peuples d'Asie se présentent avec un caractère différent : ils se sont élancés de bonne heure dans la carrière du progrès; mais ils se sont arrêtés presque dès le commencement, et sont restés à un degré peu élevé de l'échelle des connaissances humaines. Les nations africaines offrent les mêmes phénomènes : le peu de renseignemens historiques que l'on possède sur elles, nous les montrent constamment dans la même infériorité morale et intellectuelle. Quelle que soit la nature du sol, du climat (et il y a beaucoup de variété sous ce rapport dans cette partie du monde), nous n'y trouvons aucun peuple qui offre les rudimens mêmes de la civilisation.

Les Américains indigènes sont encore dans une position plus déplorable : leur contact avec les Européens leur a bien procuré quelques-uns des vices de la civilisation, mais il ne leur a donné aucun de ses avantages; ils voient les prodiges de notre industrie sans éprouver le désir d'y être initiés. Plusieurs peuplades de l'Amérique du sud sont arrivées, il est vrai, à une lueur de civilisation; mais ce progrès est si faible et les exemples en sont si rares, qu'on peut considérer le fait comme une véritable exception (1).

L'auteur que j'analyse revient encore sur l'opinion de Dugald Stewart, et invoque le témoignage de l'histoire pour motiver la critique qu'il fait de cette opinion. Il compare ensuite l'organisation cérébrale des Caraïbes avec celle des Hindous, et prouve, par l'examen des crânes de ces différentes races, que possède la Société phrénologique d'Édimbourg, que les différences dans les manifestations correspondent parfaitement avec les différences dans les apparences cérébrales. Il termine ces considérations générales par un tableau synoptique de mesures prises sur plusieurs crânes de races diverses. En reproduisant ce tableau, je dois avertir que les évaluations ont été conservées en pouces anglais, qui sont, comme on le sait, un peu plus faibles que les nôtres.

Dans l'article dont je viens de reproduire la substance, des questions de la plus haute importance ont été abordées : elles méritaient, ce me semble, d'être plus amplement développées. Comme leur solution peut exercer une grande influence sur l'avenir de la phrénologie, et contribuer à la faire entrer dans une voie plus large que celle où cette science est demeurée jusqu'à présent, j'essaierai de les examiner avec quelque détail.

Voici quelles sont ces questions :

1° Quelle peut être l'influence des circonstances extérieures sur l'homme?

2° Pourquoi les sauvages témoignent tant d'horreur pour la civilisation et pour l'industrie?

3° Si les différences qu'on remarque de nation à nation sont susceptibles de disparaître?

1° En parlant des circonstances extérieures, il était juste de critiquer l'opinion de Dugald Stewart, qui veut que le sol, le climat, etc., créent en quelque sorte les caractères; mais il fallait reconnaître aussi qu'il est certaines de ces circonstances extérieures qui exercent la plus grande influence sur l'homme : ainsi, par exemple, le *milieu social* dans lequel celui-ci exerce son activité, bien qu'il n'ait pas, il est vrai, la propriété de changer, de détruire les caractères, peut du moins leur imprimer deux essors, deux directions essentiellement différentes, dont l'une sera bonne et l'autre mauvaise. L'individu qui vient au monde avec un grand penchant à acquérir, sera un voleur dans certaines circonstances, tandis que dans d'autres, il sera tout simplement poussé à devenir un grand propriétaire, un amateur de collections. Le même homme, qui était un effronté bandit en Angleterre, devenait un honnête cultivateur à la Nouvelle-Hollande : son caractère avait-il changé? Non; car si on l'avait replacé dans sa position première, il se fût abandonné au même vice; mais les circonstances qui l'entouraient n'étaient plus les mêmes et son caractère prenait une direction différente. Pour peu qu'on s'appesantisse sur ce fait et sur les conséquences qui en découlent, on peut s'apercevoir qu'elles amènent invinciblement cette déduction : — que si l'homme est malheureux et méchant, cela tient aux circonstances qui l'environnent; que ces circonstances une fois changées, l'essor, la direction des caractères change avec elles; et que si cela a lieu sur des êtres déjà faussés, déjà profondément démoralisés, comme les déportés de la Nouvelle-Hollande, cela arriverait, à plus forte raison, sur les individus qui, dès leur plus bas-âge, seraient soumis à l'influence bienfaisante d'un milieu social réellement approprié à la nature de l'homme, au lieu de se trouver entourés, comme maintenant, de circonstances qui, presque toujours,

(1) M. Dumoulier a publié, dans le *Journal phrénologique*, une notice sur les quatre sauvages de la tribu des Charruas (Amérique du sud). On y voit qu'il y a exagération dans ce que l'on dit ordinairement de l'infériorité intellectuelle des sauvages. Les réflexions qui terminent l'article que j'analyse se rapportent aussi à cette importante question.
(*N. du T.*)

poussent au mal : comme, par exemple, la misère, l'ignorance, la difficulté de parvenir par des moyens honnêtes, et la facilité de s'enrichir par des voies de fourberie; en un mot, cette simple observation conduit tout droit à reconnaître la nécessité d'une *réforme sociale*.

2° On s'étonne que les sauvages témoignent tant d'éloignement pour la civilisation et pour le travail; cet éloignement est tel, que la plus grande imprécation qu'ils puissent adresser à un ennemi, c'est de lui souhaiter de labourer un champ. Mais quelle est la cause de cette aversion? Les sauvages haïssent le travail parce qu'il ne se présente pas à eux sous une forme attrayante; et je pense que nos ouvriers civilisés ne s'y livreraient guère sans les exigences de l'estomac, qui les forcent de s'enfermer, pendant quinze ou seize heures chaque jour, dans des ateliers souvent malsains, pour se livrer à un travail qui n'est pas de leur choix, qui ne suffit pas à leur procurer le nécessaire, et qu'ils n'ont pas même la certitude de pouvoir toujours exercer. L'instinct du sauvage le sert bien lorsqu'il le pousse à s'éloigner de nos bagnes industriels, décorés du nom de manufactures, où il perdrait l'insouciance, la santé et la liberté, les trois plus grands biens que l'homme puisse posséder.

Le sauvage déteste la civilisation, et, au grand étonnement des gens éclairés, il ne désire nullement quitter la vie misérable que, selon nous, il mène dans ses forêts. Pourquoi? Ici encore la raison n'est pas difficile à trouver : l'homme, dans l'état de nature, jouit d'une certaine quantité de droits, qui sont la faculté de chasser, de pêcher, toujours et partout, de cueillir les fruits des arbres, de mener paître en tous lieux ses bestiaux; il peut former des lignes, des associations libres avec ses compagnons, et s'emparer de tout ce qui est à sa portée et à sa convenance. La civilisation offre-t-elle au sauvage quelque chose qui équivaille à l'exercice de ces droits naturels? Non, assurément : que lui font les merveilles de l'industrie, des arts et des sciences? Il est trop ignorant, trop peu développé, pour les comprendre et pour désirer la jouissance qu'ils procurent; mais, en revanche, ce que son instinct lui révèle sur-le-champ, c'est l'oppression qui pèse sur les civilisés, c'est l'état de contrainte dans lequel ils vivent. Pour rallier les sauvages au travail et les faire entrer dans une combinaison sociale différente de celle sous laquelle ils se trouvent heureux, il faut trouver l'art de leur rendre le travail attrayant; il faut aussi que la combinaison sociale à laquelle on voudra les soumettre, leur offre l'équivalent des droits naturels dont ils jouissent maintenant.

3° Les différences intellectuelles qui existent de nation à nation sont-elles susceptibles de s'effacer? Il est positif, quoique l'on ait beaucoup exagéré le fait, que certains peuples sont fort inférieurs à d'autres sous le rapport des facultés intellectuelles et des sentimens moraux; et la phrénologie trouve l'explication de cette infériorité dans les différences d'organisation cérébrale. Mais peut-on affirmer que ces nations soient susceptibles de se placer un jour sur le pied de l'égalité avec les races plus favorisées? Je ne le peux pas, à moins que ces dernières ne viennent à dégénérer. Si le développement intellectuel et moral de l'espèce humaine s'opère intégralement, les infériorités relatives continueront sans doute de subsister. Ne pourrait-on pas expliquer ce fait par la réflexion suivante : Il est certain que la destinée de l'homme, ici-bas, est la gestion, l'exploitation du globe qu'il habite; cette gestion embrasse une série de travaux, de fonctions, qui suivent une marche ascensionnelle depuis l'humble labeur du terrassier jusqu'aux sublimes occupations d'un Newton ou d'un Cuvier? Il paraît raisonnable de penser, et l'observation l'autorise jusqu'à un certain point, qu'à cette série de travaux, de fonctions, correspond une série de travailleurs, de fonctionnaires, destinés par la nature à exercer le genre d'activité dont ils sont doués sur le genre d'occupations qui y correspond (1). Dans cette hypothèse, on expliquerait parfaitement l'infériorité de certaines nations par rapport à d'autres, et les différences qu'on observe entre les individus d'une même nation. Dans l'immense échelle dont je viens de parler, chacun aurait son échelon, et les degrés inférieurs, pour être plus bas placés, n'en seraient pas moins nécessaires à l'harmonie générale. La bonté d'un mécanisme social consisterait donc à placer chaque individu dans des circonstances telles, qu'il pût se développer intégralement et choisir librement la fonction qui correspond à ses penchans, ses facultés et ses aptitudes. Ce n'est pas ainsi que les choses se passent dans l'état social qui nous régit; espérons que les études phrénologiques, qui ont déjà jeté tant de lumières sur l'organisation passionnelle de l'homme, conduiront aussi à constater (2) le mécanisme dans lequel les caractères pourront se développer librement et sans danger pour l'individu comme pour la masse.

Art. II *du Journal d'Édimbourg*.—Cet article est une monographie de l'organe de la philogéniture. L'auteur rappelle l'opinion des anciens, qui attribuaient l'amour maternel à la matrice et aux mamelles, parce que, disaient les partisans de cette dernière explication, la succion du nouveau-né soulage la mère, qui de là prend de l'affection pour sa géniture. Il expose la manière dont Gall est arrivé à la découverte de cet organe, et il fait remarquer les différences que son développement présente dans les deux sexes, différences qui répondent parfaitement aux manifestations. Après avoir rapporté un grand nombre d'observations, extraites de Gall, et qui sont généralement connues, il termine par cette remarque : —Que les personnes chez lesquelles la philogéniture est très développée, éprouvent une grande sympathie pour les *êtres faibles* et *sans appui*. Il rappelle, à ce sujet, que Gall, avant d'avoir découvert les véritables fonctions de cet organe, affirmait que tous ceux chez lesquels il avait atteint son maximum de développement, étaient d'une sensibilité excessive.

J'ajouterai à ces observations que l'organe de la philogéniture a la propriété de stimuler fortement d'autres organes,

---

(1) Si l'on admet ce fait, on ne pourra s'empêcher de condamner la société actuelle, qui, selon la remarque de Figaro, fait un mathématicien de celui qui était prédestiné à être danseur, et, par contre, un danseur du mathématicien. (N. D. T.)

(2) Je dis seulement *constater*, car il n'y a pas lieu à chercher : la découverte est faite. Je me propose d'éclaircir ce que cette assertion peut avoir d'obscur dans un article spécial. (N. D. T.)

notamment celui de la combativité. On sait le courage que déploie la femme la plus pusillanime quand son enfant est en danger. C'est une étude intéressante à faire que cette stimulation de certains organes par d'autres. Remarquons, dès-à-présent, qu'il n'y a pas toujours réciprocité : ainsi, dans le cas que je viens de citer, la combativité, qui peut être stimulée par la philogéniture, ne jouit cependant pas de la propriété de stimuler cette dernière.

MESURES DE CRANES DE RACE.

	De philogéniture au bas d'individualité.	De à comparaison.	Du conduit auditif à philogéniture.	Du conduit auditif au bas d'individualité.	Du conduit auditif à fermeté.	Du conduit auditif à bienveillance.	De destructivité à destructivité.	De sécrétivité à sécrétivité.	De circonspection à circonspection.	D'idéalité à idéalité.
Hindou. . .	6 5/8	6 1/8	3 3/8	4	4 7/8	5 1/8	4 4/8	5	5 1/8	4 1/8
Caraïbe. . .	7 2/8	5 2/8	4 7/8	4 3/8	5 1/8	4 2/8	5 6/8	5 7/8	5 6/8	4 7/8
Nouv. Hollandais.	7 2/8	5 7/8	5	4 2/8	5 4/8	4 5/8	5	5	4 2/8	4
Nègre . . .	7 4/8	7	4 2/8	4 5/8	5 1/8	5 1/10	4 4/8	5	5 2/8	4 4/8
Américain. .	6 2/8	5	3 6/8	4 7/8	5 2/8	5 2/8	5 2/8	5 2/8	5 2/8	4 5/8
Brésilien . .	6 3/8	5 7/8	3 6/8	4 2/8	4 6/8	4 7/8	4 6/8	4 7/8	5	4 3/8
Européen . .	7 5/8	7	4 1/8	4 6/8	5 4/8	5 5/8	5 3/8	5 5/8	5 6/8	5
Momie . . .	7 3/8	6 7/8	4 4/8	4 6/8	5 2/8	5 2/8	5 4/8	5 7/8	5 7,8	4 7/8

JOURNAL HEBDOMADAIRE

DES

PROGRÈS DES SCIENCES

ET

INSTITUTIONS MÉDICALES.

JUIN 1834.

N° DU 7.

BULLETIN CLINIQUE.

—

HOPITAL DE LA PITIÉ (*Service de M. Clément*). — *Invagination intestinale ; par M. le docteur* PETIGNY, *ancien interne des hôpitaux de Paris.*

L'invagination intestinale, désignée aussi sous les noms d'intussusception, d'*iléus* et de *volvulus*, consiste, comme on sait, dans l'introduction d'une portion d'intestin dans une portion voisine de ce canal, soit supérieure, soit inférieure. Les accidens et les douleurs atroces dont elle est souvent accompagnée, lui ont encore valu les noms de passion iliaque et de *miserere*.

Tantôt la portion introduite est lâche et facile à dérouler, comme Morgagni en a cité des exemples d'après plusieurs auteurs, et comme la chose s'est également présentée à son observation. Cette sorte d'invagination mobile n'est pas fort rare, et les personnes qui ont fait un grand nombre d'ouvertures de cadavres l'on souvent rencontrée, surtout chez les enfans. Elle n'est pas nécessairement suivie d'incommodité grave, tant qu'elle ne fait que rétrécir légèrement ou embarrasser la voie des matières contenues dans l'intestin. D'ailleurs, par cela même qu'elle est fort lâche, elle se défait aisément d'elle-même; et les expériences de Peyer ont prouvé qu'on pouvait presque produire à volonté une intussusception de ce genre dans certaines circonstances.

Mais d'autres fois l'introduction est permanente, la portion d'intestin qui la souffre violemment serrée, la voie considérablement rétrécie ou même entièrement obstruée. Alors surviennent, outre les nausées et les hoquets, des vomissemens d'abord séreux, puis bilieux, puis de matières stercorales, ou du moins de matières semblables à des excrémens, la constipation, en un mot tous les phénomènes d'un étranglement interne. La mort est la terminaison la plus ordinaire de ces symptômes. Cependant on a vu quelquefois une inflammation adhésive s'établir à l'endroit de l'étranglement, la partie étranglée se gangréner, être détachée par la suppuration et rendue par les selles. Alors la guérison a pu avoir lieu par les seuls efforts de la nature. Tels étaient les cas adressés par Sobaux et Salguer, à l'Académie royale de chirurgie, et consignés dans le Mémoire d'Hévin.

Les conditions nécessaires à l'invagination intestinale sont : la dilatation d'une partie du canal intestinal et la contraction d'une autre. La dilatation tient souvent à une accumulation de gaz, et la contraction peut dépendre de toute cause susceptible d'irriter les intestins, soit mécaniquement, soit surtout d'une manière convulsive. Et c'est pour cette raison que souvent on a trouvé des pelotons d'ascarides lombricoïdes dans des parties invaginées; c'est aussi pour cela que l'intus-susception est plus fréquente dans l'enfance.

Les vomissemens de matières semblables à des excrémens, et la suppression complète des évacuations alvines, sont les signes qui, joints à l'absence de toute hernie, font reconnaître cette maladie. Ces signes pourtant ne sont point pathognomoniques; ils indiquent seulement l'interruption du cours des matières fécales. Mais la cause de cette interruption peut résider dans des excrémens endurcis, dans une tumeur squirrheuse située à l'intérieur du tube digestif, ou même assez près dans son voisinage pour le comprimer, dans des concrétions pierreuses ou des brides diversement tendues, aussi bien que dans l'intus-susception elle-même.

C'est cette variété de causes qui a fait proscrire une opération hardie, proposée d'abord en 1672, par Barbette, chirurgien d'Amsterdam, et exécutée une fois avec succès, au témoignage de Schacht, d'après l'avis du célèbre Nuck : je veux parler de la gastrotomie. On doit regretter, sans doute, que l'incertitude du diagnostic condamne cette opération, car la nature est trop souvent impuissante pour se débarrasser, par la gangrène et la suppuration, de la partie étranglée. Mais, d'un autre côté, le volvulus fût-il reconnu, il serait souvent impossible, suivant la remarque de Van Swiéten, de déterminer le lieu qu'il occupe, et par conséquent l'endroit où il faudrait opérer. Et enfin, il n'est pas plus facile de préciser le temps convenable à l'opération; car, pour peu qu'on attende, des adhérences intimes s'éta-

blissent entre les parties contiguës, qui deviennent si étroitement unies, que la main même de l'opérateur aurait de la peine à les détacher.

On a pensé que les vomitifs et les purgatifs drastiques pourraient, en imprimant une secousse aux intestins et en favorisant leur mouvement, les dérouler et les replacer dans leur situation normale. Mais, d'après la nature même de la maladie, il peut arriver que ces moyens produisent précisément l'effet inverse de celui qu'on espère, et qu'ils augmentent l'invagination qu'ils sont destinés à combattre.

L'ingestion des corps pesants, tels que le mercure et les balles de plomb, a aussi été conseillée contre cette affection. Il est certain que plusieurs fois on a guéri, par le mercure métallique porté à la dose d'une demi-livre et même plus, des étranglemens de hernies. Mais il n'existe pas d'exemple d'invagination bien constatée guérie par ce moyen. Le mercure serait d'ailleurs évidemment dangereux dans l'introduction de la partie supérieure de l'intestin dans l'inférieure, puisqu'il pourrait alors, par son poids, augmenter la cause du mal. Or, comment distinguer sur le vivant dans quel sens a lieu l'invagination ?

Les remèdes palliatifs, ceux qui apaisent la douleur, sont donc à peu près les seuls auxquels on puisse avoir recours contre cette terrible maladie. On pourra leur associer les lavements laxatifs, mais il ne faut pas leur accorder une grande confiance ; et ce serait une grave erreur que de les croire susceptibles de rétablir le cours des matières. Telle fut la méthode suivie dans un cas dont je vais rapporter l'observation telle qu'elle s'est offerte à moi dans la division de M. Clément, dont j'étais alors interne.

Phthisie pulmonaire.—Entérite chronique.—Fistule à l'anus.—Invagination intestinale.—Mort.

Du temps que deux salles de l'hôpital de la Pitié étaient consacrées à recevoir des militaires, le nommé Séguin (Denis-Casimir), âgé de vingt-huit ans, fusilier au premier régiment de ligne, entra le 2 juin 1831 à la salle Saint-Gabriel. Cet homme nous apprit qu'il était au service depuis sept ans, qu'il venait du corps, et qu'il était à Paris seulement depuis quelques semaines; que, dès son enfance, il était fort sujet à s'enrhumer, et que sa santé, déjà délicate, s'était encore affaiblie par les fatigues de l'état militaire. Il avait quelquefois craché du sang, et souvent éprouvé du dévoiement et des douleurs intestinales. Il était maigre, et sa constitution détériorée ne confirmait que trop bien son récit.

A son entrée, le malade nous présenta les symptômes suivans : toux fréquente, crachats muqueux abondans, douleur entre les épaules, diarrhée. En auscultant la poitrine, nous trouvâmes du gargouillement et de la bronchophonie au sommet du poumon droit; l'expansion respiratoire était faible au sommet du poumon gauche, assez bonne à la base de la poitrine. Le pouls était souple, mais fréquent; la peau chaude et sèche. Le malade, malgré les trois ou quatre selles liquides par jour, souffrait peu du ventre et conservait de l'appétit. Le diagnostic n'était pas douteux; nous le portâmes ainsi : Tubercules ramollis à droite ; tubercules crus à gauche, et probablement ulcérations vers la valvule iléo-cœcale. M. Clément prescrivit une infusion de fleurs pectorales gommée, une potion gommeuse, le huitième de portion alimentaire et du lait. Le soir nous remarquâmes un redoublement fébrile, et il y eut des sueurs abondantes pendant la nuit.

Les symptômes persistèrent les jours suivans, et commencèrent à s'amender au bout d'une semaine. La toux était alors moins douloureuse, l'expectoration muqueuse encore abondante; la diarrhée avait diminué (deux selles liquides en vingt-quatre heures); la fièvre était moindre. (Mêmes prescriptions ; le quart d'alimens et lait.) Le malade resta jusqu'à la fin du mois de juin dans un état analogue, avec de la toux et des crachats muqueux, des sueurs nocturnes, une fièvre hectique, de l'amaigrissement, et de temps en temps de la diarrhée. On lui accorda la demi d'alimens.

Le 1er juillet, après un excès de nourriture, il ressentit de vives douleurs dans l'abdomen, suivies de sept à huit selles liquides, un malaise général et une fièvre intense. En même temps la toux devint plus fatigante et les crachats plus abondans. Dès ce moment il ne quitta plus le lit jusqu'à sa mort. (Tisane de riz et de sirop de gomme; potion gommeuse ; cataplasmes émolliens sur l'abdomen; diète absolue.) Le 2, abdomen douloureux et contracté ; six selles liquides, précédées de coliques ; toux et crachats muqueux. (Mêmes prescriptions.) Le 3, seulement trois selles liquides, mais coliques, contraction et douleur dans toute l'étendue de l'abdomen, toux, fièvre, malaise général, sueurs irrégulières (Mêmes prescriptions.)

A la visite du matin nous trouvâmes, le 4 juillet, le malade à-peu-près dans le même état que la veille, mais il survint dans la journée un nouvel ordre de symptômes : c'étaient des vomissemens verdâtres très-abondans, avec un hoquet presque continuel, un gonflement manifeste aux hypochondres et à l'épigastre, et une contraction évidente aux régions ombilicale et hypogastrique ; une sensibilité extrême de tout l'abdomen, une amertume insupportable à la bouche, une pâleur blafarde de la langue; aucune évacuation alvine, sueurs froides, pouls petit, serré et fréquent; impossibilité de tousser, décomposition des traits, décubitus sur le dos, prostration complète. (*Prescriptions du 5 juillet :* Solution de gomme aromatisée, un pot ; eau de Seltz, un pot; potion anti-émétique de Rivière ; vésicatoire volant à l'épigastre ; lavement émollient.)

Cependant les hoquets et les vomissemens sont presque sans interruption, et se renouvellent après chaque gorgée de tisane ou chaque cuillerée de potion. Mais le 6, les matières vomies, au lieu d'être vertes comme la veille, sont jaunes, épaisses, fétides et semblables à la matière jaune de la bile, ou plutôt à ce liquide mucoso-bilieux qu'on trouve ordinairement dans l'intestin grêle; point de selles ; presque plus de toux ; pouls très-petit et fréquent; sueurs froides et irrégulières ; altération des traits de plus en plus marquée ; malaise extrême. Après avoir bien reconnu qu'il n'existait aucune tumeur herniaire étranglée, nous ne pûmes douter qu'il n'y eût une cause interne d'oblitération dans quelque partie du canal intestinal, et je prononçai aussitôt le nom d'invagination dans une portion de l'intestin grêle. (Mêmes prescriptions que la veille, et de plus, liniment narcotique et cataplasme laudanisé sur l'abdomen.) Nous allions quitter le malade lorsque, s'imaginant qu'il existait quelque relation entre les symptômes graves qu'il éprouvait et une fistule à

l'anus, dont il était affecté depuis dix-huit mois ; il nous déclara qu'il portait cette maladie, dont il n'avait jamais osé se plaindre. L'examen de l'anus nous fit apercevoir, du côté gauche de cet orifice, un pertuis fistuleux dont les bords étaient calleux et durs, et qui donnait passage à des gaz stercoraux et à un léger suintement fétide.

Le 7, la persistance du hoquet et des vomissemens de matière jaune, et la constipation opiniâtre, confirment de plus en plus le diagnostic porté la veille. Le ventre est tendu, contracté, extrêmement sensible à la pression ; le pouls petit, la peau froide, le malaise et l'anxiété considérables. La toux est maintenant tout-à-fait nulle. (Eau distillée et aérée pure ; deux demi-lavemens purgatifs.) Ces moyens restèrent sans succès ; la nature et la fréquence des vomissemens, et la constipation, furent toujours les mêmes. Mais bientôt la faiblesse augmentant de plus en plus, le malade, réduit au marasme, tomba dans un état de somnolence à peine interrompue par les hoquets et les vomissemens presque continuels ; et enfin le 10 juillet, à huit heures du soir, la mort vint terminer cette horrible scène, qui durait depuis six jours.

Nous fîmes l'autopsie le 12 juillet, trente-six heures après la mort.

A l'ouverture de l'abdomen nous remarquâmes une teinte rouge livide sur la surface péritonéale de tout l'intestin grêle, et nous découvrîmes sur-le champ, à la région hypogastrique, l'invagination que nous avions soupçonnée ; à cet endroit la couleur était beaucoup plus foncée et noirâtre. On voyait là un corps cylindrique parfaitement solide, long de deux pouces et demi, formé aux dépens d'une portion intestinale et de la partie du mésentère correspondante. Ce corps se trouvait à l'union des trois quarts supérieurs de l'intestin grêle avec le quart inférieur. Par un examen attentif, nous vîmes que l'introduction avait lieu de la partie supérieure dans l'inférieure, et qu'il n'existait plus de cavité intérieure dans toute l'étendue de l'intus-susception. Les parties étaient un si grand nombre de fois pliées et repliées sur elles-mêmes que, après les avoir déplissées, nous nous assurâmes que cette invagination, de deux pouces et demi de longueur, contenait réellement deux pieds d'intestin. Au reste, ce déploiement ne fut pas sans difficulté, à cause des adhérences qui s'étaient formées aux endroits où la tunique séreuse était en contact avec elle-même. En examinant du côté de la membrane muqueuse l'intestin naguère invaginé, nous observâmes, à l'endroit où avait commencé l'intus-susception, un bourrelet très-dur, de trois lignes d'épaisseur et d'une couleur presque noire. De distance en distance, à des intervalles de deux pouces et demi, ou un peu moins, aux points qui avaient correspondu aux extrémités de l'invagination, il existait d'autres bourrelets semblables, mais moins épais. La teinte générale était livide et noirâtre.

Voici quel était l'état du canal intestinal, au-dessus et au-dessous de la portion invaginée :

Dans toute la partie supérieure, depuis l'estomac, il existait une dilatation très-sensible, produite par des gaz et par une grande quantité de liquide jaune, fétide, entièrement semblable à celui qui avait été rejeté par le vomissement. La membrane muqueuse stomacale était grise dans presque toute son étendue, et partout molle et un peu amincie. Celle du duodénum et du jéjunum était d'un jaune pâle, et les valvules conniventes extrêmement saillantes. Sur un grand nombre de ces valvules il existait des ulcérations de forme irrégulière, à surface noirâtre, les unes simples, les autres agglomérées, en général petites.

Dans la portion intestinale située au-dessous de l'intussusception, la contraction et la vacuité étaient remarquables. La membrane muqueuse iléale était d'un gris pâle, parsemée d'ulcérations noirâtres, diversement agglomérées et de plus en plus nombreuses en s'approchant de la valvule de Bauhin. On voyait près de là une large plaque ulcéreuse très-irrégulière, qui envahissait presque toute la largeur de l'iléon. La valvule elle-même était à peu près complétement détruite, et n'était représentée que par une simple bride flottante, formée par son bord libre. Le cœcum et les premières portions du colon contenaient une petite quantité d'un liquide grisâtre, de la consistance du fromage mou, et dont l'aspect contrastait singulièrement avec celui du liquide de la partie supérieure du canal intestinal. L'S iliaque et le rectum étaient absolument vides. La tunique muqueuse du gros intestin était généralement saine. On voyait plusieurs tubercules crétacés dans les glandes mésentériques. Le foie, la rate et les organes urinaires étaient sains.

L'examen de la fistule stercorale nous fit reconnaître son orifice supérieur, immédiatement au-dessus du sphincter ; son diamètre était d'environ une ligne et demie, son trajet calleux et noirâtre, et le tissu cellulaire environnant était épaissi, dur et presque squirrheux.

En ouvrant la poitrine nous trouvâmes dans le lobe supérieur du poumon droit qui adhérait à la plèvre, plusieurs petites excavations tuberculeuses et un grand nombre de tubercules, les uns crus, les autres ramollis, laissant par l'incision échapper un liquide sanieux. Il n'existait pas de tubercules dans les deux autres lobes. On voyait dans le poumon gauche quelques tubercules crus au sommet du lobe supérieur, et l'inférieur était sain. La membrane muqueuse des voies aériennes l'était également. Quelques glandes bronchiques avaient souffert la dégénérescence tuberculeuse. Le cœur, d'un volume normal, contenait dans le ventricule droit un caillot fibrineux.

La tête ne fut pas ouverte.

Réflexions.

Cette observation nous offre l'exemple d'une invagination intestinale, chez un phthisique affecté d'une inflammation chronique des intestins. La diarrhée, qui avait pendant si long-temps précédé les derniers accidens, empêchait de les attribuer à des excrémens endurcis. Restaient les brides, les concrétions pierreuses, les tumeurs squirrheuses ; mais comme ces différentes causes d'interruption du cours des matières sont plus rares que l'intus-susception, celle-ci était plus probable. On a pu remarquer que la marche de la phthisie pulmonaire s'était en quelque sorte arrêtée pendant la durée des symptômes du *volvulus*. La fistule à l'anus est souvent, comme dans le cas que nous venons de rapporter, une complication de la phthisie. Tous les praticiens savent qu'alors elle ne doit pas être opérée. L'état général du sujet défendait l'usage de tous les remèdes énergiques ou violens, si rarement utiles d'ailleurs contre l'invagination.

L'issue funeste était donc imminente et facile à prévoir, à moins que la nature ne vînt à se débarrasser par la gangrène et la suppuration de la partie étranglée ; résultat qu'on n'avait pas droit d'attendre, et qui n'aurait fait que retarder un peu le terme fatal.

THÉRAPEUTIQUE.

—

DES MALADIES VÉNÉRIENNES.

Comparaison des Traitemens mercuriel et antiphlogistique employés à l'hôpital militaire de Bordeaux (1). Par J. G. Amédée MOURE, Chirurgien militaire, titulaire de la Société linnéenne de Bordeaux, du Cercle médical de Montpellier, etc.

Le traitement de la maladie vénérienne a varié avec les divers systèmes adoptés ou rejetés tour à tour. Les sudorifiques, les diurétiques, les purgatifs, etc., furent d'abord employés. Ensuite, lorsqu'on considéra la maladie comme due à un virus, tous les efforts du praticien durent tendre vers la neutralisation ou la décomposition de ce virus. De là l'origine des nombreux spécifiques. Comme le dit Belloste : Aucun spécifique ne fut plus propre à détruire l'acide vénérien, et tout ce qui peut vicier le sang ou la lymphe, que le mercure. La figure ronde des petits globules de ce métal, ajoute-t-il, fait effort contre les obstacles qu'ils rencontrent. Glissant, heurtant, frottant, ébranlant et mettant en mouvement les particules des matières de la tumeur qui s'étaient unies, collées, accrochées et coagulées dans les parties ou dans les glandes, contre les lois de la nature, les globules du mercure, dit-il, les rendent fluides, les réduisent en pus ou les entraînent après soi pour les chasser hors du corps, par la transpiration, les urines ou les selles. Le mercure fut donc un antidote unique auquel on avait tant de foi, qu'Astruc soutint qu'une maladie n'était pas vénérienne si elle cédait sans mercure. Un jour il déclara une maladie vénérienne avant le traitement, cependant elle fut guérie par les bains locaux, les lotions émollientes, les sangsues, les vésicatoires. Alors Astruc dit qu'il s'était trompé dans le diagnostic, et que l'affection n'était pas vénérienne. Qui ne sait que le mercure est un stimulant aigu, qu'il active les fonctions des tissus muqueux et lymphatiques, accroît leur sensibilité, et met ces tissus dans des circonstances plus favorables au développement de l'irritation qu'à sa résolution ? Cependant l'atmosphère qui enveloppait les malades était toute mercurielle, et presque tous ceux qui avaient une constitution peu robuste, ou succombaient victimes de ce traitement, ou sortaient fortement énervés et dans un état de marasme. Dans le premier temps d'un traitement mercuriel, le malade est pâle, défait, abattu, inquiet, rêveur, sans force et sans courage. Dans le second, un dégoût général s'empare de lui, la salivation paraît, ses dents commencent à trembler, sa langue se crispe, s'épaissit, devient embarrassée dans ses mouvemens ; l'intérieur de la bouche se couvre peu à peu de boutons très-douloureux ; à peine si le malade peut prendre quelque nourriture solide, qui se réduit bientôt au lait et alimens légers.

Cette salivation, regardée par quelques-uns comme un moyen curatif assuré, a été combattue par les autres : Almenas, Amatus Lusitanus, Botelli, Chicoyneau, Haguenot, Van Swieten, Thompson, Guthrie, Rose, Carmichael, Massa, cherchèrent à l'éviter ; ils ont été même jusqu'à bannir le mercure. Dans la dernière période du traitement mercuriel, le malade peut à peine bégayer quelques paroles ; il rend nuit et jour, par la bouche, une salivation qui est à son comble, et qui l'oblige à rester constamment dans son lit, couché sur le côté, pour ne pas en être étouffé. La mâchoire inférieure devient pendante, les dents sont noires, les gencives sont tuméfiées, douloureuses, ainsi que la tête. Tous ces accidens s'accroissent de plus en plus, jusqu'à ce que la mort y mette un terme, ou que, la diminution ayant lieu, il se fasse une résolution heureuse. Quelque dangereuse que soit cette situation, le malade s'en consolerait encore s'il avait l'espoir d'une guérison parfaite. Je dirai avec Richon, d'après Peyrilhe, qui fait du mercure un spécifique, l'erreur est très-répandue, et d'autant plus chère à bien des gens, qu'elle s'est en quelque sorte identifiée avec leur pratique : ils ne consentiront pas aisément à s'en défaire. Ne désespérons pas néanmoins d'obtenir d'eux ce sacrifice en faveur de la raison, de l'expérience, de la bonne physiologie ; et pour rendre ce sacrifice moins pénible et moins douloureux, tâchons de leur faire voir par des faits, qu'ils n'abandonnent qu'une chimère. Le merveilleux ne se dissipe-t-il pas à mesure qu'on s'en approche ? Il est incontestable que, si la maladie dépend d'un virus capable de pénétrer dans l'économie et d'en saper les fondemens, il faut employer contre lui des moyens d'autant plus énergiques et plus puissans, que la surface par laquelle ce protée peut s'introduire est plus grande et plus étendue. Il faut ne pas négliger les antidotes qu'on lui connaît. Et puisque le mercure est celui par excellence, on a dû l'employer sous toutes les formes. La médecine n'est-elle pas, aux yeux de bien des gens, le bonheur d'avoir par hasard une recette convenable à chaque incommodité ? Les médecins, tout en récusant l'absurdité de ce bonheur, n'ont-ils pas souvent agi dans cette hypothèse ?

La médecine prend une autre attitude ; elle soumet à la raison ses opérations, ses procédés. Car rien n'est plus dangereux, pour l'humanité et pour la science, que cette tendance à croire qu'il existe des remèdes exclusifs, qui peuvent être administrés d'une manière absolue à tous les individus atteints d'une maladie identique. C'est là ce qu'on a flétri sous le nom d'empirisme et de charlatanisme, et que l'on

---

(1) Nous n'insérons ici que la dernière partie du Mémoire de M. Moure. Ce travail est le fruit de nombreuses observations, comme on le verra par les corollaires qui se trouvent à la fin : c'est cette considération qui nous l'a fait accueillir. Quant aux opinions, je dois dire, pour ma part, que je ne partage presqu'aucune de celles qui sont émises par l'auteur. A. V.

détruira difficilement. Le médecin instruit sait qu'il n'y a pas de médicament à propriétés absolues ; toutes sont relatives. Si par spécifique on entend un médicament qui a la propriété constante et infaillible de guérir une maladie, certes je dirai qu'il ne peut y avoir, et qu'il n'y a jamais eu de spécifique ; et si l'on réfléchit aux variétés d'organisme, aux formes presque innombrables de maladies, l'on peut bien affirmer que l'art de guérir n'aura jamais le bonheur de parvenir à ce degré de perfection tout-à-fait illusoire.

Si l'on ne veut pas attacher au mot spécifique l'idée d'infaillibilité, et que l'on comprenne sous ce nom des agens thérapeutiques, non pas constans dans leurs résultats curatifs, mais cependant assez puissants dans quelques cas pour procurer la guérison d'une maladie, quel que soit d'ailleurs son caractère propre, on peut bien reconnaître quelques spécifiques qui, du reste, sont bien moins nombreux qu'on ne le suppose. Je dirai toutefois avec Richon, que quand on sait combien sont graves les accidens qui résultent de l'administration du mercure, on ne peut s'empêcher de frémir en voyant la facilité avec laquelle on en a fait un spécifique, et avec laquelle les praticiens les plus distingués recourent à l'usage de ce métal. Mais si ces prétendus antidotes, comme le mercure, loin de détruire le mal, ne font que l'aggraver, comme on s'en convaincra bientôt ; si ce métal ne délivre même pas d'un être malfaisant qu'on ne voit pas, qu'on ne sent pas, et qui n'existe que dans notre imagination ; si, loin de tout cela, il ne fait que procurer au malade qui s'en sert, dans le plus grand nombre de cas, ces salivations, ces douleurs ostéocopes, rhumatismales ou goutteuses, ces sciatiques, ces lumbago, ces hypérostoses, ces ankyloses, ces caries, ces kystes, ces anthéromes, ces mélicéris, ces stéatomes, ces nodus des tendons, des nerfs ou des ganglions ; ces tophus des ligamens articulaires, ces ophthalmies, ces surdités, ces périostoses, ces exostoses et toute cette série de maux qu'on attribue au virus vénérien, lorsque souvent ils ne sont dus qu'à son admirable antidote, puisqu'à peine se montrent-ils chez les sujets qui se sont abstenus du mercure ; certes le médecin ne serait pas aussi embarrassé s'il n'avait égard qu'aux seules lésions du tissu qu'il aperçoit, et s'il ne dirigeait son attention que vers les moyens qui y remédient, sans tant chercher à découvrir une cause première. Mais, me dira-t-on, comment préserver d'une maladie, lorsqu'on ignore sa cause et son mode de propagation ? Quoique sa cause soit évidemment due à une irritation primitive ou sympathique des muqueuses, et que sa propagation soit le plus souvent dépendante de ce dernier cas, je pourrais demander si, avec un virus pour cause, on préserve davantage que si l'on n'en connaissait aucune ?

Traitement antiphlogistique. Dès que l'on sera convaincu que les maux vénériens n'ont pas une essence différente des autres, le traitement sera ce qu'il doit être. Et comment n'en serait-il pas ainsi, lorsque l'on voit d'un côté une infinité de maux consécutifs d'un traitement qui guérit rarement, et que d'un autre on voit disparaître le mal avec toutes les infirmités qui forment le cortége du virus ?

M. le professeur Lallemand lui-même reconnaît, ainsi que Roche et Sanson, que le traitement rationnel de l'urèthrite est antiphlogistique, dans le plus grand nombre des cas, des boissons abondantes, délayantes, mucilagineuses, diurétiques (avec 24 grains de nitrate de potasse par pinte) ; saignées générales ou locales au périnée, au-dessous du scrotum, le long de la verge ; bains tièdes locaux et généraux. On tâche de combattre la sécrétion uréthrale par des injections astringentes, avec le sulfate de zinc, de plomb, de cuivre ou d'alumine (1).

Enfin, quand l'inflammation est totalement dissipée, il veut qu'on fasse subir au malade un traitement mercuriel. A cet effet, il ordonne quatre ou cinq grains par jour de protochlorure de mercure ; pilules mercurielles d'Hannemann ou de Pringle, pendant quinze jours ; frictions avec l'onguent mercuriel le long du canal, ou enfin quelques grains d'hydrochlorate d'or ou de soude, fractionnés et employés en frictions sur la langue, suivant la méthode du docteur Chrétien, jusqu'à la production de cette salivation que les uns ont combattue, tandis que les autres la regardent comme une terminaison de la maladie. Mais pourquoi ce nouveau traitement, lorsque la maladie est terminée par les antiphlogistiques, pour combattre un être chimérique ? Aussi voit-on soudain le mal reparaître sous l'influence du mercure, et c'est là le moindre des accidens. On est contraint alors, dit M. Lallemand, de suspendre ce traitement, pour avoir de nouveau recours aux antiphlogistiques. La sécrétion trop abondante de la salive est toujours due, disent Roche et Sanson, à une irritation le plus souvent produite par le traitement mercuriel. La salivation mercurielle n'est pas seulement produite par les glandes salivaires, elle est en partie formée par le mucus de la membrane buccale et du pharynx. Lorsque cette salivation doit avoir lieu, les gencives deviennent douloureuses, la salive fétide et abondante. La bouche s'échauffe, les gencives se gonflent, la langue et la partie interne des joues s'enflamment ; quelques jours après, toutes ces parties finissent souvent par s'excorier, et il en résulte de vives douleurs, une suppuration sanieuse et abondante. Les ulcères peuvent s'agrandir, et la gangrène s'emparer des parties affectées ; les malades ne peuvent ni parler ni prendre de nourriture. Le marasme et la mort viendraient terminer la scène, si on n'arrêtait assez tôt les progrès du mal par les antiphlogistiques. Éloigner, autant que faire se peut, la cause qui a produit ou entretient cette maladie ; faciliter la liberté du ventre par des boissons délayantes, tout en combattant l'irritation : tels sont les devoirs du praticien. Si l'urèthrite est aiguë, une saignée générale doit ouvrir le traitement, lorsque la maladie est intense ; car elle cède à l'emploi répété des bains généraux et locaux, aux injections et aux boissons délayantes, etc., si elle a moins d'intensité. Dans le cas contraire, on fait une ou plusieurs applications de vingt à trente sangsues au périnée, sur la verge, etc. On administre le poivre cubèbe ou le baume de copahu, dont on a soin de surveiller l'effet sur le tube intestinal. Si elle ne cède à tous ces moyens, les vésicatoires à la partie interne des cuisses aident puissamment à sa résolution. Il faut, disent certains médecins, que, par une assez grande quantité de boissons, l'urine soit plus aqueuse ; c'est un point très-im-

(1) Qui ne sont pas *des antiphlogistiques rationnels* (A. V.)

portant, ajoutent-ils, et il semble le plus souvent qu'on cherche à augmenter la sécrétion de l'urine, et partant son excrétion, qu'on veuille, enfin, faire uriner plus fréquemment le malade : mais cette idée est fausse et nuisible, car s'il était possible que les malades restassent très-long-temps sans uriner, les surfaces enflammées, soustraites à l'influence irritante de l'urine, ne s'en trouveraient que mieux ; aussi, M. Ricord n'administre-t-il jamais de diurétiques, il préfère les décoctions mucilagineuses, édulcorées avec le sirop d'orgeat, de groseille ou de limon. Dans les tableaux que j'ai dressés, se trouve l'emploi de deux révulsifs, le cubèbe et le copahu. Ils ont, du reste, à peu de chose près le même effet. M. Kuttinger, MM. les professeurs Delpech et Ribes, préféraient le copahu ; M. Philippe Crawford et le professeur Lallemand, préfèrent le cubèbe dans le plus grand nombre des cas. Il paraît un peu moins irritant que son congénère, et semble avoir un effet moins prompt, mais il n'est pas d'un effet moins assuré, il est seulement plus désagréable à prendre. Dans les cas de rétrécissement du canal de l'urèthre, le traitement, dit M. Lallemand, qui paraît avoir réussi avec le plus d'efficacité, c'est la cautérisation par le nitrate d'argent. Elle détermine un changement dans la vitalité des parties attaquées, et il en résulte un resserrement capillaire de la membrane muqueuse. Il semble que l'application d'un caustique sur une membrane, doive exaspérer l'inflammation, et cependant nous voyons le contraire (1).

Le nitrate d'argent détruit l'épaisseur de la membrane formée d'un grand nombre de villosités qui viennent s'ouvrir à sa surface, et déterminer l'écoulement d'un pus qui se trouve épanché derrière ces mêmes villosités ; cette matière, ainsi retenue entre les pores du tissu, remplit l'office de corps étrangers entièrement irritans. Par suite de cette cautérisation, une cicatrice lisse et polie succède à ces villosités. Le même moyen réussit parfaitement dans les cas d'ulcération de la muqueuse, lors même qu'il n'y a pas rétrécissement. C'est sur la prostate, ou sur la membrane qui la recouvre, qu'il faut le plus souvent cautériser, car le reste de la cautérisation ne sert presque de rien. La permanence des urines derrière le rétrécissement entretient l'irritation et détermine des sécrétions, lors même que le rétrécissement a cessé, ce qui confirme la proposition de M. Ricord, lorsqu'il dit que la suppression d'urine faciliterait la cessation de l'écoulement uréthral.

Les follicules de la prostate sont très-développés dans le cas de rétrécissement, alors le cathétérisme est très difficile, car le bout de la sonde va s'engager dans ces follicules. Dans ces cas, la plupart des malades sont sujets à des pollutions diurnes, dont quelques-uns n'ont pas même connaissance. Le sperme forme quelquefois un bouchon qui empêche l'urine de sortir ; des granulations de la semence forment ces obstacles. Le malade qui est sous l'influence d'un rétrécissement est abattu, il ne peut se livrer à aucun plaisir ou excès ; il se plaint, est aussi peu satisfait des autres que de lui-même ; la société lui est en horreur ; c'est un véritable hypochondriaque et misanthrope. Il y a chez quelques individus un dégoût de la vie qui les porte au suicide, et M. Lallemand dit que les quatre cinquièmes des suicides qui arrivent chez les hommes, sont dus à une affection des organes génitaux. La digestion se fait mal chez le malade ; il a un dégoût de tous les alimens ; il est sujet à tous les changemens possibles, les vents le fatiguent, il a de nombreuses contentions d'esprit. Considérons J.-J. Rousseau, (car le médecin trouve autre chose qu'un grand homme dans ce génie merveilleux) il est en proie à un rétrécissement du canal de l'urèthre ; il faut qu'il vive seul, qu'il prêche l'état de nature, et que, dans un de ces accès de larcymation et d'injustice, il s'écrie que l'homme qui raisonne est un animal dépravé ! etc.

Le jour de la cautérisation, les malades ne sont pas soulagés, ils ressentent de vives douleurs, mais au bout de quelques jours il n'y a plus d'écoulement, et il s'opère un changement tout-à-fait remarquable chez le malade ; il a plus d'assurance, moins de difficulté à aller à la selle ; de l'état d'hypochondrie il passe à une joie folle, tout lui fait plaisir et le flatte. Il a plus de soin pour sa toilette qu'il avait négligée jusqu'à la malpropreté ; car, philosophe cynique, il avait un souverain mépris pour tous ceux qui avaient soin de leur personne, mais, à mesure qu'il se porte mieux, on est tout étonné de son changement. En cautérisant, on ne doit pas chercher à produire une escharre, mais seulement une inflammation nouvelle de la partie supérieure de la membrane muqueuse de la prostate.

Il ne faut pas confondre les contractions spasmodiques avec les rétrécissemens. L'incontinence d'urine n'est pas due à la paresse, car il y a bien peu de gens chez qui la force de la volonté puisse commander à ces incontinences urinaires, sur-tout lorsqu'on sait qu'elles sont dues à une surexcitation qui va jusqu'à produire un état de faiblesse considérable du col de la vessie ; faiblesse que ne fait qu'accroître l'excitation de la membrane muqueuse. Ce cas se montre sur-tout chez les gens sujets aux pollutions diurnes. Toujours alors les bains aromatiques, les préparations ferrugineuses, les bains froids dans quelques cas ; les moxas vers la région des lombes et des reins, l'acupuncture quelquefois répétée au périnée, les lavemens, les bains, les émissions sanguines, locales, etc., etc. On a conseillé à tort le quinquina et les toniques ; c'est à tort aussi qu'on a conseillé le coït. Il s'en faut que ce moyen ait l'effet qu'on lui suppose.

Les bubons réclament le plus souvent, lorsqu'ils sont aigus, d'abord une saignée générale, puis immédiatement une ou plusieurs applications de 20 à 30 sangsues sur la tumeur elle-même ; en même temps qu'on seconde cette médication par des cataplasmes et des bains entiers, tièdes souvent répétés, on porte une dérivation sur le tube gastro-intestinal. Si le bubon se ramollit, si la fluctuation se prononce, il faut l'ouvrir de bonne heure en faisant une ouverture très petite ; il faut prendre garde que le tissu composant le bubon ne vienne à se macérer et à se faire une issue naturelle, car alors les parties frappées de mortification se détruisent, se décollent dans une étendue si considérable que le recollement devient presque impossible.

Dans les corps glanduleux le parenchyme se charge de substances hétérogènes. Lorsque l'inflammation s'établit, il se fait alors peu de sérosité dans le corps glanduleux, mais

(1) Il me serait facile de tourner cet argument contre la doctrine de notre auteur. (A. V.)

avec l'accroissement de l'inflammation, il augmente de volume et diminue avec elle.

La potasse caustique est souvent employée, mais toujours elle produit des ouvertures trop considérables; la lancette doit seule être employée et même avec légèreté; la cicatrice se fait d'autant plus rapidement, que l'ouverture est moins grande, et qu'il y a plus de vitalité dans les bords. Aussi toutes les fois qu'une cicatrice ne se fait pas, le but du chirurgien, doit être de combattre, de détruire les callosités que forment les lèvres de la plaie, afin de rappeler l'opération à sa plus simple expression, cherchant la réunion la plus immédiate que possible. Je pense qu'il est inutile de parler dans l'ouverture des bubons de ce barbare procédé qui voulait que l'on fit une large incision avec le bistouri, afin de mettre à nu toute la glande qui constituait le bubon et la débrider en totalité en passant le doigt indicateur au-dessous pour l'extirper en déchirant tout le pourtour, au milieu des plus cruelles angoisses du malade. Le temps nous a heureusement fait justice de cette barbarie.

Si au lieu de se ramollir le bubon tendait vers la résorption, les sangsues, les cataplasmes, les bains ne doivent pas être négligés. Comme dans le premier cas, on facilite la résorption par les frictions sur le bubon avec la pommade d'hydriodate de potasse, à la dose d'un à deux gros par jour. La teinture d'iode seule semble corroder la peau et faire passer le bubon à l'état d'induration.

On semble obtenir de très-bons effets de l'iode à l'intérieur. M. Philippe donne cette substance à la dose de vingt-cinq grains, dans une potion de gomme ordinaire : il suspend cette médication après douze ou quinze potions. Cependant, je pense que sans le secours des sangsues, l'iode obtient des succès aussi grands. Si, malgré toutes les médications, le bubon s'indure, on doit, dans ces cas d'inflammation indolente, employer sur-tout les révulsifs externes; les vésicatoires sur le bubon doivent le ramener à l'état aigu. On répète ces vésicatoires aussi souvent que l'indolence se montre, mais on a soin de les recouvrir d'un cataplasme dès le lendemain qu'ils ont été enlevés. Dans le cas d'indolence, des lotions avec le sulfure de potasse ont quelquefois été avantageuses; souvent quelques sangsues ont produit de bons effets. Dans ce cas, comme dans les autres, les bains généraux tièdes produisent d'excellens résultats.

Les chancres, les végétations, etc., etc., réclament aussi un traitement antiphlogistique; quelques sangsues sur la partie elle-même, quelques lotions astringentes et opiacées, quelques cautérisations par le nitrate d'argent suffisent pour les faire disparaître.

S'ils sont situés dans la bouche, dans la duplicature entre les piliers des amygdales, alors les follicules frappées de conditions morbides, présentent souvent un escarrhe qui augmente de plus en plus, jusqu'à la luette et ferme ainsi l'isthme du gosier. Si les chancres sont sur la verge, la cautérisation peut déterminer un bubon, pourvu qu'il y ait une prédisposition à l'irritation vers la région inguinale.

Les altérations des amygdales par le mercure doivent nuire à la liberté de la voix; il ne faut cependant pas prendre l'allarme, dit M. Delpech, lorsque cette inflammation a lieu, car il est inoui que cette glande ait jamais été trouvée dans un état cancéreux, comme on l'a craint. Quelque grand que soit l'engorgement, on peut y remédier par l'extirpation, sans attaquer la glande en entier.

Il faut saisir la glande et agir de dehors en dedans et de bas en haut, ainsi que le font MM. Bégin, Gama, etc. : il y aurait du danger à opérer de dedans en dehors, parce qu'alors le sang peut facilement passer par la glotte et déterminer des accidens funestes. Il se forme, après l'opération, une pseudo-membrane, comme le dit M. Delpech, laquelle devient luisante vers la fin de sa formation.

La cautérisation peut aussi avoir de grands avantages, quoique moins certaine que dans les autres cas; car ayant mortifié une portion des parties molles, on ne peut faire que la cicatrisation les resserre toutes.

M. Philippe nous a fait voir les avantages qu'il y avait à ne pas opérer le phymosis accidentel; quelques bains locaux opiacés, joins aux cataplasmes et aux bains généraux suffisent le plus souvent pour produire le relâchement des tissus qui forment le phymosis. Quelques sangsues contribuent aussi à le déterminer dans quelques cas.

Pour ce qui est du traitement des paraphymosis, les nuances varient à l'infini. Il en est que l'on peut souvent réduire sans opération; mais souvent elle est indispensable. Alors elle doit être faite de différente manière suivant le cas.

Voici le procédé le plus souvent employé :

On prend la verge dans la main gauche et on comprime toutes les parties d'une manière uniforme, et pendant un temps assez long. Il arrive que le sang comprimé est expulsé; le tissu cellulaire se dégorge, la sérosité est absorbée, et au bout de quelque temps les parties semblent flétries. Alors par un mouvement en contre sens du premier, on peut obtenir la réduction du paraphymosis.

Si elle n'a pas lieu, une incision met le praticien à l'aise par le débridement; le sang s'écoule et dégorge les parties.

Pour faire cette incision, il est des personnes qui veulent qu'on passe la sonde au-dessous de la bride pour la couper. Mais le plus souvent cette bride n'est pas libre, et quelquefois il n'y a pas de bride proprement dite; elle n'est ici produite que par le bord du prépuce.

Cependant il faut couper tout ce qui fait de la résistance, et alors on est forcé d'inciser jusque dans l'épaisseur des parties, si on veut couper la bride en entier. Aussi; combien il vaut mieux faire deux ou trois incisions qu'une seule, combien le dégorgement est plus facile !

Corollaires (1).

Je conclus de tout ce que nous venons de dire, que la maladie vénérienne était connue des anciens, que par conséquent elle ne peut être une maladie nouvelle. Je cherche à démontrer ensuite qu'elle n'est pas due à un virus, car les anciens n'auraient pas manqué de le signaler, et qu'elle n'est que l'effet primitif ou sympathique d'une irritation qui peut souvent se communiquer par un contact immédiat, pourvu qu'il y ait une prédisposition suffisante dans les organes.

Après une description succincte des diverses formes sous

(1) Ces corollaires sont déduits de tout le travail dont nous ne donnons que la dernière partie.

lesquelles la maladie se présente, je me trouve porté vers le traitement. Ici, deux méthodes opposées se présentent à moi. Quelle est la meilleure ?

Arrivé à l'hôpital militaire de Bordeaux, dans un temps où, quelques mois auparavant sous la direction d'un homme d'une grande science et d'un haut talent, M. Kuttinger, les vénériens avaient été traités sous l'empire des mercuriaux, et se trouvaient, sous M. Philippe, traités par un traitement totalement opposé, par les antiphlogistiques, je me rappelai les leçons de mes maîtres, je voulus observer dès lors : je comparai trois trimestres du traitement de M. Kuttinger (et je suis d'autant plus heureux d'avoir eu un tel homme pour terme de comparaison, qu'il ne peut y avoir que l'envie et la petitesse qui puissent mettre en doute ses hautes capacités médicales). Il eut à traiter dans les mois d'octobre, novembre, décembre 1831, janvier, février, mars, avril, mai et juin 1832, trois cent trente-neuf hommes qui ont offert un nombre de dix-sept mille six cent vingt-huit jours de traitement dans les salles, ce qui présente pour chaque homme un terme moyen de cinquante-deux jours. Il faut faire remarquer que dans ces trois trimestres, cinq de ses malades ont été victimes du traitement.

Pendant les mêmes trimestres de l'année suivante, c'est-à-dire, pendant les mois d'octobre, novembre, décembre 1832 ; janvier, février, mars, avril, mai et juin 1833. M. Philippe a traité par les antiphlogistiques cinq cent soixante hommes (1) qui ont offert un nombre de dix-neuf mille sept cent quarante-sept jours de traitement à l'hôpital, ce qui présente pour chaque homme un terme moyen de trente-trois jours un quart, différence évidemment bien sensible, mais qui le sera plus encore lorsqu'on saura qu'il n'est mort aucun vénérien, ni pendant ces neuf mois, ni pendant les quinze mois qui renferment les récidives.

D'après les défenseurs du virus, nos malades traités seulement par les antiphlogistiques ne sont pas guéris ; le mal n'est que masqué ; il reviendra donc. Il a en conséquence fallu examiner avec soin les récidives. Ici se présentait une grande difficulté : le malade pouvait bien avoir été débarrassé d'une forme de la maladie qui se serait plus tard développée sous une autre. La difficulté alors était grande de vérifier ce qui réellement était dû à une infection nouvelle d'avec ce qui n'était qu'une autre forme de la maladie première. Tout cela nous a déterminé à considérer de part et d'autre, comme atteints de récidive tous les hommes qui, compris dans notre tableau de traitement, ont reparu à l'hôpital dans les quinze mois suivans, soit qu'ils présentassent des symptômes d'une maladie nouvelle ou qu'ils fussent toujours sous l'influence de la première.

Parmi les trois cent trente-neuf malades traités par les mercuriaux, nous avons eu, dans les quinze mois, cent quinze récidives, tandis que parmi les cinq cent soixante traités par les antiphlogistiques, nous n'en trouvons que soixante treize. Ce qui suffirait certes pour démontrer l'avantage des antiphlogistiques sur les mercuriaux, si encore nous n'avions pas à opposer à ce traitement toutes les maladies qui lui sont consécutives, et que nous avons cherché à signaler.

(1) La garnison était alors plus nombreuse.

Nous sommes donc porté à conclure que le traitement doit être antiphlogistique. Espérons que l'humanité nous saura gré de nos efforts.

N° DU 14.

BULLETIN CLINIQUE.

—

HOTEL-DIEU. (*Service de M. Breschet.*) — *Fistule à l'anus prise pour une hernie ; par* M. Edouard LACROIX, interne.

Les tumeurs comprennent les deux tiers de la pathologie externe. Saisir les nuances qui les séparent n'est pas chose toujours facile, même pour les praticiens les plus consommés ; et cependant le chirurgien possède des moyens d'investigation plus nombreux, plus sûrs que le médecin ; son jugement devrait donc être moins souvent erroné ; l'histoire des tumeurs semble prouver le contraire ; c'est que de deux choses l'une : ou les tumeurs sont des êtres entièrement isolés, seulement greffés sur notre organisation à laquelle ils paraissent étrangers ; et, dans ce cas, la vue et le toucher ne peuvent nous fournir que les données vagues d'étendue et de couleur ; ou bien intimement liées, par leur structure et leur position, aux organes environnans, les tumeurs, donnent lieu à des troubles fonctionnels ; mais il est souvent impossible de déterminer là où la tumeur est effet ou cause des phénomènes observés.

Aussi des caractères de rapprochement tout-à-fait étranges peuvent exister entre les maladies en apparence les plus dissemblables. Personne, par exemple, ne pourrait présumer que l'on a pu confondre une fistule à l'anus avec une hernie ; et cependant l'étonnement cessera si on fait attention qu'une telle fistule est un trajet communiquant avec les voies alimentaires. Pour peu que son calibre augmente, ce trajet constituera un véritable diverticulum du canal intestinal, où les fluides aériformes et gazeux pourront circuler. De là une tumeur qui offre déjà un des caractères des hernies. Maintenant, que des phénomènes semblables viennent à se déclarer sur un point par où s'échappent ordinairement les intestins, l'illusion sera complète. Voici un fait qui éclaircira tout ce que je viens d'avancer.

La nommée de Lorme (Thérèse), âgée de 33 ans, née à Beauvais, est mariée ; brune, de petite taille, d'un bon tempérament. Elle porte dans l'épaisseur de la petite lèvre une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, réductible par la pression, faisant même entendre une espèce de gargouillement par le taxis, et se reproduisant dans les accès de toux. Il y a quatorze ans qu'elle porte cette grosseur, qui lui est survenue la première année de son mariage. A cette époque elle alla consulter Béclard, à la Pitié, qui, à ces signes, crut reconnaître une hernie ; un bandage fut confectionné, mais le jour de son application, la tumeur s'ouvrit d'elle-même et se vida par un petit pertuis. La malade sortit de l'hôpital, et la tumeur se reproduisit. Malgré cette infirmité, cette femme devint mère de plusieurs enfans, sans qu'aucun accident ne vînt entraver le travail de l'accouche-

ment ou les suites de couches. Six ans après l'apparition de cette tumeur, étant montée sur un tabouret, elle perdit l'équilibre, le meuble se retourna et un de ses pieds lui pénétra dans le rectum. A une contusion aussi violente succéda une inflammation des plus aiguës ; les soins les mieux entendus furent sans succès pour entraver la marche de cette phlegmasie du tissu cellulaire, qui se termina par suppuration, et cet abcès par une fistule à l'anus.

M. Rullier, médecin de la Charité, qui portait intérêt à cette malade, l'adressa à l'Hôtel-Dieu, il y a trois ans, et dans sa lettre de recommandation il manifesta ses présomptions sur la nature de la tumeur de la petite lèvre, qu'il considérait comme pouvant être, sous une forme différente, une maladie semblable à celle pour laquelle elle venait se faire traiter.

Sans que ces observations fussent prises en considération, la malade fût opérée et sortit au bout du temps nécessaire pour sa guérison. Trois ans s'écoulent dans la plus profonde sécurité, seulement la tumeur qu'elle porte à l'orifice de la vulve est sujette à des variations de volume, tels même que la malade est obligée quelquefois de suspendre ses occupations. Pour abréger la suspension de ses travaux, elle ouvre cette tumeur avec une aiguille à tricoter, alors s'écoule de la sérosité roussâtre, ayant l'odeur des matières fécales : et cette femme peut se livrer à ses exercices habituels. Mais depuis quelque temps le volume de la tumeur s'accroît davantage et plus souvent. Craignant une terminaison plus grave pour cette maladie, elle entre à l'Hôtel-Dieu, et est placée au n° 7 de la salle Saint-Côme.

Présentant les mêmes apparences que lorsqu'on la montra à Béclard, on porte le même diagnostic, on emploie le même traitement. En attendant un bandage, la malade fixe notre attention sur une petite ouverture par laquelle elle faisait pénétrer les aiguilles à tricoter, quand elle vidait la tumeur. Un stylet introduit pénétra jusque dans la tumeur. On allait explorer le rectum avec le spéculum, lorsque le stylet pénétra de la tumeur dans cet intestin. Alors cette maladie qui, pendant l'espace de quatorze ans, avait été prise pour une hernie, devint une fistule à l'anus borgne interne, dont l'orifice au-dessus du sphincter donnait lieu à tous les phénomènes observés, et qui était devenue une fistule complète, par les ponctions faites par la malade. Comme telle, cette maladie réclamait le traitement de la fistule à l'anus. Un bistouri à stylet décrivant un arc de cercle, fut introduit par l'orifice extérieur de la fistule, et sortit par l'orifice de l'anus. Ainsi toute la partie du périnée comprise dans son aire fut seulement incisée. Le pansement consistait dans une mèche dont les brins de charpie entretiendraient les lèvres de la plaie béantes. Le soir, une hémorrhagie très-abondante fit un moment douter du succès, qui suivit cependant cette opération, car la malade est actuellement guérie ; mais elle conserve, par suite de la section du sphincter, une impossibilité de retenir les matières fécales.

N° DU 21.

PHYSIOLOGIE.

Recherches expérimentales sur les bruits du cœur.

Par M. HOPE (1);

Avec quelques notes de M. BOUILLAUD.

Quand on applique sur la région précordiale l'oreille ou le stéthoscope, on entend distinctement deux bruits, suivis d'un intervalle de silence ou repos. Le premier son, isochrone à l'impulsion et au pouls dans les vaisseaux près du cœur, est plus sourd et plus lent, et se continue sans intervalle appréciable avec le second, qui est plus bref et plus fort, comme le bruit de la soupape d'un soufflet. Laënnec, qui fit le premier remarquer ces bruits, attribuait l'un à la contraction des ventricules, l'autre à celle des oreillettes, et cette doctrine régna sans contradiction pendant une période de huit ou dix années, jusqu'à ce que M. Turner, appuyé de l'autorité des anciens physiologistes, tels que Haller, Harvey, Lancisi, etc., fit voir que la contraction de l'oreillette, à laquelle Laënnec attribuait le second bruit, *précédait* celle du ventricule, et, par conséquent, que sa théorie était erronée. Malgré le talent et l'habileté déployés en cette occasion par M. Turner, il ne fut pas si heureux dans l'explication du second bruit ; et malgré les différentes théories qui se succédèrent, la nature du mouvement du cœur resta un mystère jusqu'à ce qu'elle fût devenue le sujet d'une suite d'expériences poursuivies par l'auteur de cet ouvrage pendant l'été de 1830 et répétées durant celui de 1831 (2).

Déjà des expériences faites sur de petits animaux, ap-

---

(1) Ces recherches sont extraites de l'ouvrage que M. Hope a publié en Angleterre, sur les maladies du cœur, et dont notre honorable confrère, M. le docteur Sureau, a fait une traduction encore manuscrite, qu'il a bien voulu me confier. (*Note de* M. BOUILLAUD.)

(2) Les expériences furent d'abord faites en présence de M. le docteur Hewelt, médecin de l'hôpital Saint-Georges ; M. Smyth, chirurgien résident, et M. Lane, professeur d'anatomie à cet établissement ; M. Oswald Beale, M. Frédéric Julius et MM. Field, chirurgiens vétérinaires.

La seconde fois, devant M. Babington, chirurgien de Saint-Georges ; le docteur Burrow, professeur de médecine légale à Saint-Bartholomew ; le docteur Clark, médecin de l'infirmerie de Saint-Georges ; le docteur Craghie, d'Édimbourg ; le docteur Ellioston, médecin de Saint-Thomas ; MM. Field, chirurgiens vétérinaires ; M. H.-J. Johnson, chirurgien résident à Saint-Georges ; M. F. Julius, de Richemond ; M. Moya, chirurgien de l'hôpital de Middlesex ; le docteur Latham, médecin de Saint-Bartholomew ; M. Smith, chirurgien résident ; le docteur Watson, professeur de médecine légale à King's collége, et médecin de l'hôpital de Middlesex, et le docteur William, auteurs de l'*Exposé raisonné de l'auscultation.*

puyées sur des argumens d'analogie empruntés à la pathologie, m'avaient fait concevoir les mouvemens du cœur, tels que je les trouvai à peu de chose près par la suite (1); mais il fallait des preuves, et je ne voyais de moyen d'en trouver qu'en cherchant à entendre le bruit au moment même où les mouvemens seraient vus et sentis; car ce n'était que de cette manière qu'on pouvait établir irrévocablement à quels mouvemens répondait tel ou tel son. Les petits animaux ne convenaient pas à mes vues, car chez eux les bruits sont trop peu distincts, les mouvemens trop rapides, et la force d'impulsion trop médiocre pour fournir des données satisfaisantes. Je tournai donc mon attention vers les grands animaux, comme pouvant seuls m'offrir les moyens de résoudre la question.

Comme il peut être intéressant pour plusieurs personnes de suivre ces recherches pas à pas, et de baser leur jugement sur les données qu'elles ont fourni, j'insère ici un abrégé des expériences originales publiées dans la *Gazette médicale*, les 31 juillet et 21 août 1830, ainsi qu'un résumé des conclusions tirées de leur répétition le 10 août 1831.

Expériences du 31 *juillet* 1830.

Comme il est, selon moi, impossible d'éviter les erreurs quand le cœur bat deux cents fois par minute, je retardai la circulation des lapins que j'examinais, en les privant de sensibilité avant l'opération. Chaque pulsation fut de cette manière réduite à des mouvemens distincts et successifs, qu'il est raisonnable de regarder comme l'analyse d'une action naturelle plus rapide. Dans ces circonstances je trouvai que l'oreillette se contractait d'abord non pas lentement, mais avec tant de *rapidité*, que la contraction était presque instantanée; dès que le liquide arrivait au ventricule, celui-ci paraissait *évidemment réveillé* par la contraction des fibres sur le fluide qu'il contenait, et non par une distension passive. Ceci devint plus évident vers la fin de l'expérience où l'action du cœur était de temps à autre suspendue, et le ventricule restait en repos, quoique en partie *plein de sang;* car alors l'oreillette faisait deux ou trois contractions qui ne stimulaient plus le ventricule, puis une quatrième, pas plus forte que les précédente et ne lançant pas par conséquent plus de liquide; alors le ventricule partait de la manière décrite plus haut. Dès qu'il entrait en action, commençait la rétraction de sa pointe vers sa base, la pointe était alors portée en avant, l'axe longitudinal du cœur prenant une position plus horizontale. Ces différens changemens ne forment que le commencement de la systole ventriculaire : celle-ci se prononçait par une plus grande rétraction de sa pointe et le rapprochement de ses côtés, tandis que le ventricule en entier s'élevait en avant, et son grand axe devenait plus horizontal, en raison de la distension de l'oreillette, laquelle atteignait son maximum, comme le ventricule le degré extrême de contraction.

En examinant la partie postérieure du cœur d'une grenouille, dont les battemens avaient été réduits à quinze ou vingt par minute, la totalité de l'oreillette, cachée précédemment par le ventricule, se trouvant alors exposée à la vue, je trouvai que pendant un très-court espace de temps, le ventricule restait en repos, *distendu en partie par le sang;* l'oreillette se contractait alors d'une manière vive et brève, mais ne se contractait que partiellement, car le sinus veineux était constamment plein de sang dans cette expérience et dans celle du lapin, que la circulation fût lente ou rapide. Quand elle se relâchait, et pas avant, le ventricule (réveillé, je pense, par ce mouvement, car ce n'était certainement pas par la distension) se relevait tout-à-coup sur sa base, les fibres se raccourcissaient et le sang était expulsé. Cette dernière action se faisait *lentement*. La systole terminée, ce qu'indiquait la pâleur du ventricule, la diastole avait lieu, et permettait l'entrée d'une partie du liquide indiquée par le retour de la couleur rouge; le ventricule restait quelque temps en repos, jusqu'à ce que la contraction de l'oreillette vint le stimuler de nouveau. On peut m'objecter que dans cette expérience, l'action du cœur étant extraordinairement lente, les mouvemens étaient anormaux. Il nous a semblé, cependant, discerner la même succession de mouvemens lorsque le cœur battait quarante fois par minute (1).

Expériences faites le 21 *août* 1830.

Je vais maintenant rapporter les nouvelles expériences qui, fortifiées des considérations pathologiques qui suivront, pourront, je l'espère, décider la question longtemps agitée sur la cause des mouvemens et les bruits du cœur.

En terminant les expériences et les recherches dont je viens de donner le détail, j'étais imbu, à cet égard, des opinions suivantes : que, dans les petits animaux, la systole des oreillettes avait lieu immédiatement *avant* celle des ventricules et non *après*, comme le supposait Laënnec; et pour moi, cette certitude était fondée sur l'évidence de mes expériences et le concours des anciens physiologistes. On pouvait présumer que les choses se passeraient de même chez les grands animaux, mais il fallait le prouver.

J'étais également persuadé que l'*impulsion* et le *premier bruit* se rapportaient à la contraction du ventricule et non à celle de l'oreillette, 1° parce que le pouls, résultat indubitable de la systole ventriculaire, coïncidait sinon dans tous les cas parfaitement avec, au moins si près de l'impulsion

---

M. Brodie, qui se trouvait alors absent, eut la bonté de me communiquer un rapport de ses expériences qui se trouvèrent d'accord avec les miennes.

(1) Ces expériences, et plusieurs autres décrites dans la *Gaz. méd.* de Londres, furent faites à l'hôpital Saint-Georges, en présence de beaucoup de médecins et d'autres personnes attachées à l'institution. Je dois beaucoup à M. Babington, chirurgien de Saint-Georges; à M. J. Lane, professeur d'anatomie à cet hôpital; à M. Smith et à M. H.-J. Johnson, chirurgiens résidens, pour leur utile assistance dans mes expériences, et leur patient et franc examen des résultats.

(1) Je crois cependant que ce point reste à examiner.

et du bruit, que ces deux phénomènes ne peuvent être attribués qu'à la même cause; 2° parce que des observations cliniques m'avaient prouvé que certaines anomalies de l'impulsion et du bruit du cœur correspondaient avec certaines conditions morbides des parois du ventricule et non de l'oreillette.

Il était hors de doute que le *second bruit* ne dépendait pas de la systole de l'oreillette, parce que celle-ci précédait, tandis que l'autre suivait la contraction du ventricule.

Il était également certain qu'il ne résultait pas de la clôture des valvules auriculo-ventriculaires, parce que la clôture de ces valvules a lieu dès le commencement de la contraction des ventricules, et le bruit à la fin.

Il était clair, d'après l'examen physique de la structure anatomique des valvules auriculo-ventriculaires, que ce bruit ne pouvait dépendre de toute autre action de leur part.

J'avais une forte présomption qu'on ne pouvait l'attribuer au reculement des valvules semi-lunaires, parce que j'avais trouvé le bruit sans changement, quoique ces valvules, d'un côté du cœur au moins, fussent ossifiées, et cette présomption devint presque une certitude lorsque je trouvai le bruit non-seulement pas diminué, mais encore augmenté dans des cas d'énormes dilatations des deux ventricules, dans lesquels il était impossible que les deux cavités pussent se vider, et où par conséquent le mouvement des valvules devait être empêché par la pression constante du fluide de l'un et l'autre côté.

Il restait donc à déterminer la cause du second bruit. Comme il est quelquefois accompagné du *bruit de soufflet*, phénomène qui se rapporte au mouvement des fluides, il était manifeste que le second bruit était également produit par la même circonstance, le mouvement du sang. De là s'élève la question de savoir quelle était la cause du mouvement du sang qui accompagne le second bruit; en termes plus généraux quel était l'état des ventricules, par rapport au fluide, au moment où le second bruit est produit, et pendant la période suivante de repos : ceci paraissait être la clé de toute la question.

Il n'était pas raisonnable de supposer que le ventricule après sa contraction restait dans une tension permanente pendant l'intervalle de repos : ceci eût supposé un travail continu de la part des fibres musculaires. J'étais donc obligé d'admettre un relâchement, et ceci entraînait une autre admission, celle d'une diastole ou expansion, non-seulement par ce que le relâchement d'un muscle suppose un alongement de ses fibres, qui rend la diastole inévitable, mais encore parce qu'en admettant la dilatation passive des ventricules, le poids du sang des oreillettes, aidé du *vis a tergo*, ferait descendre ce fluide dans les ventricules et produirait ainsi une diastole. J'avais, de plus, observé dans la grenouille, lorsque le cœur agissait lentement, que la systole ventriculaire était suivie d'une diastole et distension partielle par le sang, indépendante de la contraction de l'oreillette, et que le ventricule restait en repos dans cet état de distension partielle jusqu'à ce qu'il fût de nouveau stimulé par une contraction de l'oreillette. Ce phénomène arrivant quand l'action du cœur était artificiellement ralentie, faisait présumer (rien de plus), que la même chose arrivait dans des animaux dont l'action du cœur était naturellement lente.

Le second bruit avait-il donc pour cause l'afflux du sang qui accompagnait la diastole ventriculaire? On pouvait objecter que le son était trop fort et trop vif pour qu'on pût l'expliquer aisément, en supposant qu'il résultait d'une action aussi lente que celle de la chute du sang par son propre poids, aidé du *vis à tergo* des veines. La supposition d'une force de dilatation active paraissait nécessaire. Supposer que cette force existait dans les fibres musculaires impliquait contradiction, car c'était supposer qu'un muscle pouvait se relâcher activement (1). Il était certain qu'elle ne dépendait pas de l'élasticité des poumons, parce que le cœur continue d'agir malgré l'affaissement des poumons; on ne pouvait plus attribuer la dilatation *active* qu'à une seule cause, l'élasticité du ventricule, et celle-ci paraissait à peine capable de produire un tel effet.

Malgré ces objections apparentes, les observations de pathologie, jointes à ce que j'avais vu dans les grenouilles, me faisaient penser qu'un afflux de sang dans les ventricules avait lieu à leur diastole et avec suffisamment d'énergie pour produire le bruit en question. Car j'avais trouvé que, dans l'hypertrophie et la dilatation, le second bruit était accompagné d'un choc très-fort, que depuis cinq ou six ans, je désignais dans mes notes sous le nom de *battement rentré*, *choc à reculon* (back stroke), à cause de sa nature particulière; et ce mouvement, comme le bruit concomitant, était, toutes choses égales d'ailleurs, d'autant plus fort que l'hypertrophie et la dilatation étaient plus générales.

Attribuer le second bruit à l'influence du sang pendant la dilatation du ventricule n'était que faire une conjecture qui avait besoin de preuves démonstratives pour devenir un fait.

Comment donc décider cette question et celle qui lui correspond?

Il me semble que le seul moyen d'y parvenir était de tâcher d'entendre le bruit au moment même où on pouvait voir et sentir l'action du cœur, puisque c'était là l'unique moyen de déterminer d'une manière non équivoque avec quels mouvemens coïncident ces bruits. De petits animaux ne convenaient évidemment pas pour cet objet, parce que chez eux les bruits ne sont pas assez distincts, les mouvemens sont trop rapides, et l'impulsion trop faible pour fournir des données satisfaisantes. Je tournai donc mon attention vers les grands animaux, comme offrant seuls les moyens de résoudre la difficulté.

Tout paraissait donc se réduire aux questions suivantes, que je rédigeai et proposai à mes aides avant d'opérer, afin de diriger nos recherches.

1° Les oreillettes se contractent-elles avant les ventricules?

2° Existe-t-il un intervalle entre les deux contractions, ou se succèdent-elles assez raidement pour former un mouvement continu?

---

(1) L'impulsion auriculaire n'a pas été inaperçue par Laënnec, mais je ne sache pas que lui, ni aucun autre auteur aient tenu compte du *Choc à reculon*, comme symptôme de maladie. (Voyez *Traité de l'auscultation*, deuxième édition, tome II, page 395.)

3° La contraction du ventricule produit-elle l'impulsion, le pouls et le premier bruit?

4° Les ventricules se contractent-ils complétement, et restent-ils vides et fermés pendant l'intervalle de repos? Ou bien :

5° Les ventricules se dilatent-ils immédiatement après la systole, et cette dilatation est-elle accompagnée de l'afflux du sang des oreillettes?

6° L'afflux du sang dans les ventricules, pendant leur diastole, est-il la cause du second bruit? Et s'il n'en est pas la cause.

7° Quelle est la cause du second bruit?

Première expérience. Un âne, dont le pouls battait quarante-huit fois par minute, fut privé tout-à-coup de sensibilité et de mouvement par un coup violent sur la tête. On ouvrit la trachée artère, on y introduisit le tuyau d'un grand soufflet, et on entretint une respiration artificielle, tandis qu'on sciait auprès du sternum les côtes gauches, et qu'on les repoussait en arrière en les rompant de manière à découvrir largement et complétement le cœur; immédiatement derrière l'épaule gauche : le tout fut exécuté en moins de cinq minutes.

Le péricarde fut ensuite ouvert, et les oreillettes ainsi que les ventricules largement mis à nu. D'abord, les mouvemens du cœur furent accélérés, tumultueux, frémissans et irréguliers; mais après un intervalle de trois ou quatre minutes, ils devinrent plus lents et réguliers. On vit d'*abord* l'oreillette se contracter, puis le ventricule de suite; ou pour décrire avec plus de précision, on vit un léger mouvement de contraction, accompagné d'une très-faible diminution de volume, commencer dans l'oreillette, et se propager rapidement au ventricule. Il n'était pas assez vite, cependant, pour ne pas être facilement suivi de l'œil : et cependant il ressemblait davantage à un mouvement continu qu'à deux mouvemens consécutifs.

On reconnaissait à la vue et au toucher, que la contraction du ventricule consistait en une secousse énergique et soudaine, accompagnée de la dépression du centre ou corps du ventricule. On entendait (au moyen du stéthoscope appliqué *immédiatement* sur l'organe) que cette contraction était accompagnée du premier bruit. On dicta immédiatement cette note (1), que 1° *le premier son était entendu pendant qu'on voyait le ventricule se contracter.* Au bout d'un intervalle de temps égal à celui qui sépare le premier et le second bruit du cœur, la contraction fut suivie d'une expansion ou diastole subite, et accompagnée d'un soubresaut qui parut *élever le corps du ventricule plus que la contraction précédente.* Ce qui fit penser à un de nous, M. Lane, que le battement était dû à la *diastole* et non à la sistole. Cette remarque nous força de suite à répéter toutes nos observations. On reprit le stéthoscope, et il fut plusieurs fois appliqué par M. Field et l'auteur alternativement, chacun comptant, un, deux, en même temps qu'il percevait par l'oreille les bruits et le battement; tandis que d'autres personnes touchaient le ventricule et observaient de l'œil ses mouvemens. Il fut alors prouvé, à la parfaite conviction de M. Lane et de tous ceux qui étaient présens, que le bruit un et le battement senti par l'auscultateur coïncidaient avec la dépression visible (c'est-à-dire la contraction) du ventricule et le battement senti par la main. On dicta par conséquent, que 2° *quand l'action du cœur était ralentie* (à peu près quarante pulsations par minute) *et était affaiblie, on voyait, on entendait et on sentait simultanément le bruit de la systole ventriculaire et le battement.*

On avait unanimement reconnu dès le commencement de l'expérience, que le ventricule ne se contractait jamais complétement, quoiqu'il eût alors beaucoup de force. On dicta donc, 3° *que le ventricule ne se contractait jamais complétement;* 4° *qu'il paraissait plein pendant les intervalles de repos* (c'est-à-dire, depuis la fin de la diastole jusqu'au commencement de la systole).

En plaçant la main entre la pointe du cœur et la côte, qu'on avait conservée sur cette partie, on sentait les doigts vigoureusement frappés par la pointe au moment où le corps du ventricule était dans l'acte de rétraction.

A mesure que l'action du cœur, après avoir été tumultueuse, s'affaiblissait, on n'entendait plus guères le second bruit. M. Field et l'auteur l'entendaient cependant distinctement; mais comme les autres ne pouvaient le reconnaître d'une manière satisfaisante, on ne put admettre une note générale, et on dicta une note volante dont le sujet fut réservé à de nouvelles recherches pour l'expérience suivante :

Note volante. — *M. Field et le docteur Hope écoutèrent alternativement avec le stéthoscope et comptèrent :* un, deux, *à l'unisson avec les bruits qu'ils entendaient tandis que les autres virent que* un *coïncidait avec la systole du ventricule, et* deux *avec la diastole.*

On ne regarda pas la première expérience comme concluante. La turbulence des mouvemens du cœur au commencement, et leur faiblesse vers la fin, laissaient trop peu de temps pour observer convenablement; et par conséquent la majorité de l'assemblée n'avait pas confiance entière dans l'exactitude des observations. La seconde expérience montre qu'on avait apporté plus de méfiance qu'il n'en fallait réellement.

La seconde expérience suivit immédiatement la première.

Seconde Expérience. On mit à découvert le cœur d'un âne, comme dans l'expérience précédente, mais avec plus de promptitude encore; car les mouvemens ne furent tremblans et irréguliers qu'à peu près l'espace d'une *minute;* ils tombèrent alors au degré naturel (quarante à cinquante par minute), devinrent *parfaitement réguliers* et la contraction du ventricule ressentie à la main et au stéthoscope, se faisait avec une force dont on peut à peine se faire idée en examinant à travers les parois de la poitrine.

Tous ceux qui étaient présens purent alors reconnaître distinctement et constater trois mouvemens successifs. — systole auriculaire; systole ventriculaire et diastole ventriculaire. On appliqua le stéthoscope au ventricule et les

(1) Les notes furent prises par M. F. Julius, sous la dictée des personnes présentes, pendant et immédiatement après chaque expérience; elles furent ensuite vérifiées et signées.

deux bruits furent clairement et indubitablement entendus par ceux qui avaient l'habitude de cet instrument. Cinq personnes écoutèrent attentivement deux fois, et deux d'entre elles trois fois, avant qu'on écrivit sous la dictée, que 1° *les docteurs Hewelt et Hope, et MM. Lane, Field et Cooper ont écouté successivement au moyen du stéthoscope appliqué sur le ventricule et compté séparément* un, deux, *simultanément avec les bruits qu'ils entendaient; tandis que d'autres constataient au toucher et à la vue, que le bruit* nu *coïncidait avec la systole du ventricule, et le bruit* deux *avec la diastole* (1).

Cette partie de l'expérience fut faite assez lentement pour employer de dix à quinze minutes, autant qu'on en peut juger par le temps total employé (de vingt à vingt-cinq minutes), et on demanda à chaque expérimentateur s'il était satisfait, car il avait encore moyen de répéter son examen.

On rechercha maintenant comment la systole du ventricule pouvait produire l'impulsion, puisque le corps de l'organe paraissait se reculer pendant ce temps du mouvement. Il en résulta la note suivante.

2° *Tandis que l'oreille était appuyée sur le stéthoscope appliqué au milieu du ventricule, l'auscultateur sentait l'impulsion correspondre avec la systole, quoique le corps du ventricule parût s'éloigner au moment du choc.*

Suivant le cours de l'expérience, on examina encore l'action de l'oreillette. On ne voyait que son bord et sa face antérieurs; la base et le sinus ou appendice étaient cachés derrière le ventricule. On nota que

3° *L'oreillette ne se vidait jamais, et que sa contraction était toujours peu considérable. Son bord et sa face antérieurs paraissait se reculer assez vite; mais comme ce déplacement était très-peu considérable, le mouvement paraissait faible.*

La contraction de l'oreillette était si au-dessous de ce qu'on avait dû attendre, d'après sa force, dans les petits animaux, qu'on se demanda si dans le présent cas elle s'opérait avec sa vigueur naturelle. La force extraordinaire d'action des ventricules faisait pencher vers l'affirmative, et comme l'oreillette est proportionnellement beaucoup moindre, par rapport au ventricule, dans les grands animaux que dans les petits, on peut croire qu'elle remplit chez les premiers de moins importantes fonctions. Les conclusions inévitables à tirer de ces expériences, sont les suivantes, pour les mouvemens du cœur.

1° Les oreillettes se contractent si immédiatement avant les ventricules, qu'un mouvement se confond avec l'autre, presque comme une continuité d'action, et cependant le mouvement n'est pas si prompt qu'on ne puisse le suivre de l'œil.

2° L'étendue de la contraction de l'oreillette est très-peu considérable, ne montant probablement pas au cinquième de son volume; d'où il suit que la quantité de sang chassée par elle dans le ventricule est beaucoup moindre que l'indiquerait sa capacité;

3° La contraction du ventricule est la cause du battement contre les côtes: d'abord, parce que la contraction de l'oreillette n'est pas assez forte pour le produire; ensuite, parce que le battement a lieu après la contraction de l'oreillette, et simultanément avec celle du ventricule, ce que prouvent la vue et le toucher; troisièmement, enfin, parce que le battement correspond au pouls si exactement, qu'on ne peut admettre d'autre cause;

4° C'est la pointe du cœur qui vient frapper les côtes;

5° La contraction du ventricule commence tout-à-coup, mais se prolonge jusqu'à un instant avant le second bruit, lequel instant est occupé par la diastole du ventricule:

6° Les ventricules paraissent ne jamais se vider complétement;

7° La systole est suivie de la diastole, qui se fait par un mouvement instantané, accompagné d'afflux de sang des oreillettes, au moyen duquel les ventricules se dilatent de nouveau, mais la pointe s'abaisse et s'éloigne des côtes;

8° Après la diastole, les ventricules se reposent dans un état apparent de plénitude naturelle, jusqu'à ce qu'ils soient de nouveau stimulés par la contraction suivante des oreillettes.

Pour les bruits:

9° Le *premier bruit* est produit par la systole des ventricules;

10° Le *second bruit* résulte de la diastole des ventricules (1);

Pour le rhythme.

Ordre de succession:

1° Systole des oreillettes;

2° Systole des ventricules, impulsion et pouls.

3° Diastole des ventricules;

4° Intervalle de repos des ventricules, vers la fin duquel s'opère la systole de l'oreillette.

Durée.

Elle est la même que celle indiquée par Laënnec, savoir:

La systole du ventricule occupe la moitié environ d'un battement complet.

La diastole du ventricule occupe le quart ou tout au plus le tiers.

L'intervalle de repos, un quart, ou peut-être moins encore.

La systole de l'oreillette prend une partie de l'intervalle de repos.

---

(1) Les résultats de ces expériences concordent parfaitement avec ceux que j'ai obtenus moi-même, et qui ont été communiqués à l'institut dans une lettre que ce journal a publiée plus tard. Toutefois la théorie des bruits du cœur qu'adopte M. Hope n'est pas exactement celle que je soutiens et que j'enseigne.

(1) C'est principalement au jeu des valvules qu'il faut attribuer le double bruit du battement de cœur à l'état normal. J. B.

Expériences répétées le 10 *août* 1831.

Trois ânes furent soumis successivement à deux expériences, dont la marche a été indiquée plus haut. On peut dire d'avance que la commotion du cerveau n'ayant pas été d'abord assez forte, l'action du cœur fut, dans les trois cas, plus ou moins irrégulière, la plus grande partie des expériences ne continuant pas, comme dans les précédents, dix ou quinze minutes sans la plus légère intermittence. Cependant, comme le mouvement persista pendant le même espace de temps sinon plus, les périodes de pulsation régulière furent assez nombreuses et assez prolongées pour permettre un examen tranquille. L'irrégularité conduisit à une importante découverte qui m'avait jusqu'alors échappé, savoir : que les mouvemens des ventricules et leurs bruits correspondans se maintenaient parfaits, tandis que les oreillettes étaient immobiles.

Les questions suivantes avaient été distribuées quelques jours avant les expériences aux personnes qui y assistaient. On en fit lecture après chacune des trois expériences, et les réponses furent dictées par l'assemblée, tant pendant les expériences que dans les récapitulations successives.

1° *La systole ventriculaire, le premier bruit, le choc et le pouls coïncident-ils ?*

R. Ils coïncident parfaitement, mais quelquefois il paraît un intervalle *à peine appréciable* entre le choc ou premier mouvement du ventricule (comme on le voit et on le sent aussi en plaçant les doigts entre la pointe du cœur et les côtes), et le pouls à l'artère radiale et axillaire.

Remarque. On attribue cet intervalle à la distance de l'artère au cœur; il est proportionnellement plus grand dans les artères les plus éloignées, et n'existe pas pour celles qui sont près du cœur.

2° *Les ventricules chassent-ils une partie ou la totalité de leur contenu ; et quel est leur état durant l'intervalle de repos ? Sont-ils pleins ou vides ?*

R. Comme les ventricules ne sont pas transparens, on ne peut bien démontrer s'ils chassent tout leur contenu ; mais leur diminution de volume pendant la systole, n'est pas de nature à faire croire qu'il en soit ainsi. Pendant l'intervalle de repos ils sont pleins à cause de la diastole qui a précédé. *Par plénitude*, on n'entend pas dire *distension*, ce dernier état arrivant plus tard.

Remarque. La question de savoir si les ventricules chassaient ou non la totalité de leur contenu, fut amenée par une opinion qu'on avait soutenue, que les ventricules se vidant complétement, la collision de leurs parois internes produisait le second bruit. Comme on a prouvé que ce bruit résultait de la diastole, la question devenait superflue et sa solution sans importance.

3° *Avec quel mouvement de quelle partie coïncide le second bruit, et quelle en est la cause ? Est-ce la diastole du ventricule ?*

R. Nous avons vu le second bruit coïncider avec un mouvement sensible au toucher et à la vue, par lequel le ventricule revenait après la systole dans le même état de volume, forme et position qu'avant cette systole ; ce mouvement était le relâchement ou la diastole.

4° *Les oreillettes se contractent-elles avant ou après les ventricules, par rapport à l'intervalle de repos ?*

R. Évidemment avant ; et leurs contractions sont immédiatement suivies de la systole ventriculaire. L'intervalle de repos tombe distinctement entre la diastole ventriculaire et la systole des oreillettes, le repos du ventricule continuant pendant la systole de l'oreillette, jusqu'à la prochaine systole du ventricule. Tels furent les phénomènes observés durant la courte période pendant laquelle les mouvemens des oreillettes furent réguliers ; mais la plupart du temps, ou elles n'offraient pas de mouvemens perceptibles, ou ces mouvemens étaient irréguliers et n'avaient pas de rapport avec les mouvemens des ventricules.

Remarque. D'après des expériences subséquentes faites sur les lapins, dans l'exécution desquelles je fus aidé par le docteur Hewelt et M. Daniel chirurgien de Ramsgate, je suis porté à croire que l'irrégularité de l'action du cœur est une circonstance accidentelle, dépendant de la manière dont l'animal est stupéfié et la respiration artificielle maintenue : qu'on pouvait donc y remédier. Sur l'invitation de M. Brodie, je stupéfiai des lapins en les empoisonnant avec le woorara (1). Dans la première expérience, au bout de peu de minutes, la stupéfaction eut lieu si vite que l'action du cœur fut irrévocablement éteinte avant qu'on pût établir une respiration artificielle. La seconde fois, des dispositions ayant été prises pour l'établir plus promptement, l'action du cœur fut on ne peut mieux maintenue, après que la vie cérébrale de l'animal eût été complétement éteinte. Nous trouvâmes alors que, en suspendant temporairement la respiration, le cœur s'engorgeait, devenait noir, distendu au double de son volume naturel, tandis que les mouvemens se réduisaient à un frémissement irrégulier et intermittent, ou étaient tout-à-fait suspendus. Lorsqu'on reprenait l'insufflation, les mouvemens devenaient graduellement de plus en plus fréquens, étendus et réguliers, tandis que la distension et la noirceur diminuaient en proportion, jusqu'à ce que, à la fin, l'organe reprit sa couleur et sa dimension primitives, et battit avec sa force et sa régularité ordinaires, au taux de deux cents par minute. Cette opération fut répétée plusieurs fois pendant près d'une heure ; et plus d'une fois le mouvement fut rétabli, quoique avec difficulté, après que les oreillettes et les ventricules furent restés quelques secondes dans un état d'immobilité complète. D'où il paraît que, lorsque la stupéfaction est complète, comme avec le woorara, et que la respiration artificielle est bien maintenue, l'action du cœur peut être régulièrement entretenue ; et c'est parce que je réussissais mieux à remplir ces deux conditions que, dans mes premières expériences sur les ânes, la régularité fut si remarquable. Le marteau que j'employais avait une petite tête, dont la surface, un peu concave, n'avait pas plus d'un pouce de diamètre. De cette manière une portion du crâne était enfoncée, et la vie cérébrale se trouvait complètement et subitement éteinte, et l'entretien d'une respiration artificielle plus aisée. Je donne ces détails afin que, si on jugeait nécessaire de répéter les expériences, on évite de détruire inutilement des animaux. Je puis ajouter que les expériences sur les lapins fournirent un exemple instructif de la manière

(1) Poisson des sauvages de Guinée.

dont se forment les congestions au cœur, dans les paroxysmes de dyspnée excessive et dans l'agonie. Elles firent voir encore comment, dans ces circonstances, le battement et le bruit, même du cœur le plus dilaté, peuvent être diminués ou même totalement éteints. Abandonnons cette digression.

5° *Les oreillettes se contractent-elles légèrement ou d'une manière étendue ?*

R. Très légèrement, et principalement vers l'appendice, ce mouvement se confondant insensiblement avec la systole du ventricule.

Remarque. Lorsque plusieurs contractions irrégulières du ventricule se succédaient rapidement, les diastoles correspondantes étaient accompagnées d'une légère rétraction des oreillettes, plus sensibles aux sinus. Ce phénomène dépendait d'une succion plus forte du sang par les ventricules.

6° *Les oreillettes sont-elles toujours vides ou constamment pleines ?*

R. Constamment pleines, leurs mouvemens s'exécutant entre l'état de plénitude et celui de distension. On dicta comme corollaire :

» Le premier et le second bruit furent entendus, et les « mouvemens correspondans (systole et diastole) furent « sentis pendant que les oreillettes ne se contractaient pas. »

Remarque. Si cette observation avait été faite dans mes premières expériences, elle aurait dispensé de beaucoup de raisonnemens, car elle fixait, d'une manière concluante, les bruits, l'impulsion et le *choc en arrière* des ventricules.

« Quand, vers la fin des expériences, le cœur était en- « gorgé, on n'entendait que le premier bruit. »

Remarque. En même temps le mouvement était très-faible. Ceci montre, comme dans l'expérience sur les lapins, la cause de la diminution du bruit et du battement dans la dyspnée suffocante et aux approches de la mort.

M. Brodie n'ayant pu assister à mes expériences du 10, eut la bonté de m'adresser, dans la soirée du 9, la note suivante. S'il reste du doute dans l'esprit du lecteur, sur les points de mes expériences auxquels se rapportent ces observations, elles auront du moins l'autorité de tout ce qui sort de la plume d'un physiologiste si distingué.

Mon cher Monsieur,

Quant à quelques-unes de vos propositions, je crois pouvoir les résoudre d'une manière satisfaisante, pour moi du moins : 1° Lorsque, autrefois, je faisais des expériences sur la circulation, le pouls et la contraction du ventricule me parurent coïncider exactement. 2° Il me parut que, lorsque l'action du ventricule était forte, les ventricules se vidaient à chaque contraction ; mais que cela n'arrivait pas quand l'action du cœur était faible. 3° Je n'ai jamais trouvé que les oreillettes se vidassent complétement, et je n'y ai jamais, chez les chiens, les lapins, etc., observé une systole régulière correspondant et alternant avec celle des ventricules. J'ai souvent observé plusieurs légères contractions de l'oreillette, particulièrement de l'appendice, contre une du ventricule. Je me rappelle bien cependant que, dans les grenouilles, les mouvemens alternaient et correspondaient ; mais ne pouvant retrouver mes notes, je ne puis parler d'une manière positive.

Si j'avais à faire une suite d'expériences de ce genre, je commencerais pas stupéfier l'animal, en lui inoculant du woorara ou quelque autre poison de cette espèce. Vous observerez qu'un animal stupéfié avec le woorara ne se débat pas, et que vous pouvez, par l'insufflation des poumons, maintenir l'action du cœur pendant un temps infini. J'ai du woorara, et puis sans doute vous en fournir assez pour votre expérience.

Je suis, etc. B.-C. BRODIE.

Le woorara arriva trop tard pour les expériences sur les ânes. J'ai déjà dit combien il réussit sur un lapin. L'acide prussique fut essayé sur un âne, mais l'animal résista à quatre et cinq gros donnés successivement par la bouche.

N° DU 28.

(*Suite de l'Article précédent.*)

D'après les données fournies par les expériences ci-dessus, et par les observations jointes à ce mémoire, les phénomènes physiologiques et pathologiques des mouvemens du cœur paraissent être comme il suit :

PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES DE L'ACTION DU COEUR.

1° Ces phénomènes dans l'ordre de leur manifestation. Systole des oreillettes. Diastole des ventricules. Intervalle du repos des ventricules et des oreillettes. Rhythme.

2° Causes, mécanisme et objet des mouvemens. Haller ne peut les expliquer. Systole des oreillettes. Des ventricules. Proportion du sang expulsé. Mécanisme du battement. Diastole. Intervalle de repos. Longueur de celui des ventricules et des oreillettes.

3° Causes et mécanisme des bruits. La contraction musculaire n'est pas la cause. Mouvement des fluides est cette cause. Explication du premier bruit, du second. Les oreillettes ne produisent pas de bruit.

1. *Phénomènes de l'action du cœur, selon l'ordre de leur manifestation.* Le premier mouvement du cœur qui interrompt l'intervalle de repos, c'est la systole de l'oreillette. C'est un mouvement de contraction très-léger et bref, plus considérable dans l'appendice auriculaire qu'ailleurs, et se propageant avec un rapide mouvement vermiculaire vers le ventricule, dans la systole duquel il se termine plutôt par continuité d'action que par deux mouvemens successifs.

La systole ventriculaire commence subitement et se termine à la diastole, qui est marquée par le second bruit. Sont isochrones à la systole, le premier bruit, le choc de la pointe du cœur sur les côtes et dans les vaisseaux près du cœur mais dans les vaisseaux à quelque distance, comme l'artère radiale, le pouls suit à un intervalle à peine appréciable.

La systole des ventricules est suivie de leur diastole, pendant laquelle ils retournent, par une expansion instantanée, sensible au toucher et à la vue, dans le même état

(sous le rapport du volume, de la forme et de la position) où ils étaient pendant le repos. Ce mouvement ou diastole s'accompagne du second bruit, d'un afflux de sang des oreillettes, d'une légère rétraction de ces cavités, plus apparente vers les sinus, et de l'éloignement de la pointe du cœur des parois de la poitrine.

Vient ensuite l'intervalle de repos pendant lequel le ventricule demeure dans un état d'inaction, de plénitude sans distension, pendant tout l'intervalle qui sépare le second bruit du premier; mais l'oreillette reste inactive pendant la première partie seulement de ce temps; le reste étant occupé par sa nouvelle contraction, avec laquelle recommence la série des mouvemens.

Le rhythme du cœur, c'est-à-dire la durée respective de chaque partie de cette série, qui constitue ce qu'on appelle un battement, a été décrit exactement par Laennec, savoir : 1. La systole ventriculaire occupe la moitié environ d'un battement entier. 2. La diastole ventriculaire occupe un quart ou un tiers au plus. 3. L'intervalle de repos du ventricule occupe un quart, ou plutôt moins, pendant la dernière partie de laquelle la systole auriculaire a lieu.

II. *Causes, mécanisme et but des divers mouvemens.*

Quoique Haller ait exactement observé les mouvemens du cœur, il ne put rendre compte de l'ordre, suivant lequel ils avaient lieu. C'est ce qui lui fait dire : « Il reste à trouver la raison pour laquelle d'abord l'oreillette droite et « la gauche, se contractent simultanément pendant que « les ventricules sont en repos; pourquoi un peu après, les « oreillettes se relâchent, mais les ventricules se contractent; et puis, à une troisième période, les ventricules « se *reposent* dans le relâchement, mais les oreillettes se « contractent vivement de nouveau (1). »

Maintenant cette raison peut être donnée. Les oreillettes qui sont toujours dans un état de plénitude sans distension, arrivent, par l'afflux progressif du sang, pendant la première période du repos du ventricule, à un état de distension qui les stimule à se contracter. L'objet de leur contraction maintenant est de lancer un peu plus de sang dans les ventricules déjà pleins, pour les amener à leur tour à l'état de distension; ce qui ne peut se faire sans produire une contraction, car autrement le sang ne pourrait pénétrer dans les ventricules, en surmontant la résistance de leurs parois élastiques. Ces cavités ainsi donc distendues, se contractent bientôt; elles expulsent une plus ou moins grande quantité de leur contenu : la totalité, dans les petits animaux comme la grenouille, ainsi que le prouve la pâleur des ventricules; mais dans les grands animaux, comme l'âne, ils *ne paraissent pas*, à en juger par leur diminution de volume, expulser la totalité, quoique, en raison de l'opacité des parois, il soit difficile de démontrer s'ils se vident ou non. Pendant cette action expulsive, la pointe du cœur est lancée en avant et en haut, et produit le battement contre les côtes. Il est nécessaire de s'étendre un peu sur le mécanisme de ce mouvement, sur lequel on a jusqu'ici beaucoup disputé.

(1) *De motu cordis. Lugduni Batavorum;* 1737, page 37.

Quand on détache le cœur d'un animal tel que la grenouille, le lapin, le chien, la tortue, etc., avant que la vie organique ne soit éteinte, et quand on le met sur une table, il continue d'agir, et chaque contraction en élève la pointe. On ne peut donc douter que les fibres musculaires aient la faculté inhérente de produire ce mouvement. Il est très-facile d'examiner la manière dont s'opère cette action. Pendant la période de relâchement, le cœur reste aplati et affaissé, touchant la table par une large surface; en se contractant il se relève, et, prenant une forme plus arrondie, il est supporté par un point comparativement plus petit; la pointe est par conséquent élevée, et l'élévation est d'autant plus grande que la base, à cause de son poids, devient le point fixe. Les choses se passent d'une manière fort analogue dans le sujet vivant. Avant d'en donner une description, je m'arrêterai un instant sur la disposition anatomique des diverses parties du cœur.

Dans les grands animaux, comme l'homme, les oreillettes, principalement la gauche, sont attachées à la partie postérieure de la base, et l'aorte, ainsi que l'artère pulmonaire, partant de la partie antérieure. Ces vaisseaux sont des points fixes, vers lesquels les fibres du cœur se contractent pendant la systole du ventricule, et leur stabilité est augmentée par l'injection et la distension qu'ils subissent pendant la systole. Les sinus des oreillettes étant constamment pleins, même pendant la contraction des appendices, et le reflux de leur contenu dans les veines étant empêché par l'élasticité des parois veineuses, par la pression des parties environnantes, par le *vis à tergo* des capillaires et par la pression atmosphérique, avec une force supérieure à celle des ventricules, les oreillettes forment une espèce de point d'appui résistant, au-dessous des ventricules, pendant la systole de ces derniers.

Tel étant l'état anatomique et physiologique des parties, les fibres tendues pendant la systole des ventricules, se contractant vers l'aorte et l'artère pulmonaire en avant, tirent le corps tendu et arrondi des ventricules sur les sinus des oreillettes qui sont en arrière. Par conséquent la pointe des ventricules est lancée en avant, et ce mouvement s'exécute avec beaucoup de vivacité, parce que, si je puis me servir de cette tournure, la pointe est le long bras du levier dont les oreillettes sont le point d'appui, et la force est dans l'aorte et l'artère pulmonaire. A mesure que les ventricules se contractent à l'extrême, la pointe est portée de plus en plus en avant, par la distension de l'oreillette poussée dans la même proportion à l'extrême. Une autre circonstance contribue probablement à l'élévation de la pointe; savoir : le refoulement des valvules auriculaires. En effet, celles-ci agissant sur une colonne de liquide qui offre une résistance plus grande que le poids du cœur, la force est réfléchie sur l'organe lui-même, et le jette en avant. La diastole paraît produite par le concours de plusieurs causes; savoir : 1. Cette faculté du muscle (que ce soit élasticité ou quelque chose de plus, peu importe), par laquelle il retourne de l'état de contraction à celui de relâchement, et en vertu de laquelle il exerce un mouvement de succion. 2. La distension des oreillettes, plus grande au moment de la diastole qu'à tout autre, parce qu'elles se sont remplies pendant une plus longue période : celle de la contraction du ventricule

ou la moitié d'un battement entier. 3. Le poids des ventricules retombant de leur systole sur les oreillettes distendues au-dessous d'eux. 4. La largeur de l'orifice auriculo-ventriculaire qui permet au sang de jaillir avec une vivacité instantanée. Il est manifeste que tant de causes puissantes concourent à produire cet afflux du sang, la supposition de la contraction de l'oreillette à cette époque et à cet effet, comme l'a imaginée Laënnec, est tout-à-fait superflue. L'aspiration du sang des oreillettes pendant la diastole, produit la légère rétraction qu'on observe alors dans ces cavités.

Le but de l'intervalle d'inaction est de permettre à l'organe de se reposer, et aucune autre disposition n'eût aussi complètement rempli ce but. Nous voyons que les ventricules sont amenés par leur diastole à l'état le plus favorable à leur repos, celui de plénitude naturelle sans distension ; et ils mettent dans cet état, d'après un calcul approximatif, assez exact, le quart de chaque battement, ou six heures sur vingt-quatre. Mais si nous admettons que la diastole est aussi un espace de repos pour le ventricule, il nous faut ajouter encore un autre quart, ce qui fait un demi-battement, ou douze heures, période assignée par Laënnec (1). Si la systole auriculaire avait immédiatement suivi celle des ventricules, et ramené les ventricules de l'état de contraction à celui de distension, il n'y aurait pas eu de repos, car la distension suppose l'exercice de la faculté tonique d'un muscle, ce qui produit beaucoup de fatigue, comme le savent fort bien ceux qui ont eu à réduire des luxations. Et alors, en vérité, il ne pouvait exister d'*intervalle* d'action; car en admettant que la distension est le stimulus des ventricules, leur contraction fût arrivée dès qu'ils auraient été portés à cet état de distension. Nous voyons encore, en suivant la théorie que je présente, que les oreillettes versant leur contenu dans les ventricules en deux reprises plutôt qu'en une fois, évitent l'excessive distension qu'elles eussent éprouvé si le sang s'y fût accumulé pendant les trois-quarts d'un battement. Quoique leur systole n'occupe que le huitième d'un battement, ou la moitié du temps qui s'écoule entre le second et le premier bruit, tout le reste des autres sept huitièmes n'est pas dévolu au repos; car durant la plus grande partie de ce temps les oreillettes sont dans un état de plus ou moins grande distension qui n'est pas un repos, comme je l'ai fait voir plus haut. Dans ces circonstances, il serait trop hypothétique, pour ne pas dire chimérique, d'estimer numériquement la durée exacte du repos de l'oreillette. Mais l'analogie, soutenue peut-être d'un calcul incomplet, nous conduit à penser qu'elle peut être égale à celle du repos du ventricule. Laënnec l'estime à une moitié en sus, ou dix-huit heures sur vingt-quatre; mais il fait cette évaluation dans la supposition que la contraction auriculaire occupe le quart d'un battement, et sans rien accorder pour la fatigue produite par l'état de distension dans lequel se trouvent les oreillettes une partie du temps qui sépare leurs contractions.

III. *Causes et mécanisme des bruits.*

Laënnec ne donne aucune explication de la manière dont les bruits naturels du cœur sont produits. Il prétend qu'un bruit morbide, le *bruit de soufflet*, peut être produit par le mouvement des fibres musculaires de l'organe quand il se contracte *spasmodiquement*, sujet que nous examinerons dans la section suivante; mais en admettant pour un instant que son observation fût vraie, une telle cause ne suffirait pas du tout pour expliquer des bruits naturels, car ceux-ci non-seulement diffèrent de caractère, mais sont incomparablement plus forts que le plus fort des *bruits musculaires* produit par l'action du plus puissant muscle du corps; disparité d'autant plus frappante que le sons du cœur sont en général d'autant plus forts que les parois des ventricules sont plus minces. Bien plus, cette cause ne rendrait plus compte du second bruit, puisqu'il a lieu pendant le relâchement et non pendant la contraction. Cet argument prouve naturellement que la diastole n'est pas produite par une influence musculaire *active*.

Tous les phénomènes de l'action du cœur, en santé comme en maladie, me portent à croire que les bruits sont produits par le mouvement du fluide renfermé, et je conçois le mécanisme de leur production selon les lois de la physique. De cette manière, quand les ventricules se contractent, une impulsion est donnée aux molécules du fluide avec lequel elles sont en contact, et cette impulsion communiquée de molécules en molécules, produit par collision un son. L'irrégularité de la surface interne produite par les colonnes charnues favorise la formation du son, car dès le commencement de la contraction, la couche la plus extérieure du liquide, engagée dans les sinuosités des colonnes charnues, est lancée en une infinité de courans opposés; ce qui fait que la collision des molécules est plus violente que si elle était produite par une simple impulsion directe. On comprendra que ces courans opposés ne se neutralisent pas par leur réaction réciproque, parce que le sang trouvant une issue par les ouvertures artérielles, la réaction n'est plus égale. Si la contraction est graduelle, le son, par des raisons bien évidentes, sera modéré et prolongé; et si elle est brusque, le son sera en proportion, bref, fort et clair. Pendant que ceci se passe à la surface du liquide, la masse du sang tend à sortir par les ouvertures aortiques et pulmonaires; et comme son courant se compose d'une multitude de courans opposés, réfléchis de tous côtés des parois ventriculaires, et convergens vers les orifices, la collision vibratoire ainsi produite dans les molécules du liquide, occasione le son (1).

Le second bruit, ou celui de la diastole du ventricule est produit par un mécanisme plus simple, et est en conséquence plus uniforme dans son caractère. Quand la diastole a lieu, le sang mis en mouvement par le concours de beaucoup de circonstances déjà indiquées, sort avec une vélocité instantanée des oreillettes dans les ventricules; et la réaction des parois

(1) *De l'auscultation*, tome II, page 408.

(1) Cette explication est sans doute ingénieuse, mais un peu forcée. Il fallait tenir compte de l'abaissement des valvules aortiques et pulmonaires, d'une part et du redressement des valvules mitrale et tricuspide, d'autre part; abaissement et redressement qui ne peuvent s'opérer brusquement sans choc de la colonne sanguine contre ces soupapes organisées. (J. B.)

ventriculaires sur les molécules, dont le cours est brusquement arrêté par la fin de la diastole, est, je pense, la cause du bruit fort, bref et clair (1).

Les oreillettes ne contribuent à la production d'aucun de ces sons ; car dans les expériences sur l'âne, que j'ai citées, on les entendait aussi parfaitement quand les oreillettes étaient dans un état d'immobilité. Et je pense encore que la contraction des oreillettes ne produit aucun bruit, car le mouvement, chez les grands animaux du moins, est trop faible, et on n'a jamais entendu le troisième bruit du cœur (1).

---

(1) Cette explication ne me paraît pas satisfaisante. Le mécanisme du second bruit, est à mon avis, essentiellement le même que celui du premier : il dépend, du moins principalement, du redressement des valvules aortiques et pulmonaires, et de l'abaissement des valvules mitrale et tricuspide. (J. B.)

(1) Je n'attaque pas cette conclusion : toutefois, la raison sur laquelle s'appuie M. Hope, ne me paraît pas décisive. En effet j'ai observé quelques cas de maladies du cœur dans lesquelles j'ai entendu et fait entendre à plusieurs personnes, à différentes reprises, non-seulement trois bruits, mais quatre bruits. L'espace ne me permet pas d'insister ici sur ce très-singulier phénomène.

En résumé, il résulte des intéressantes recherches de MM. Hope et Rouanet, comme de celles qui me sont propres, que les systèmes de MM. Magendie, Pigeaux et Marc d'Espine sur la cause des bruits du cœur, sont réellement en désaccord avec l'expérience et l'observation. (J. B.)

JOURNAL

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

JUIN 1834.

Mémoire sur l'emploi de la poudre de deuto-chlorure de mercure (sublimé corrosif) dans le traitement des ulcères de mauvaise nature. Article communiqué par M. ORDINAIRE, docteur en médecine à Saint-Laurent, près Mâcon.

De tous les caustiques il n'en est pas, après le feu, de plus puissant, de plus facile à employer, et dont l'application soit plus efficace, que le deuto-chlorure réduit en poudre très-fine. Appliqué sur une surface dénuée d'épiderme, il en opère la désorganisation instantanément, et c'est à cette instantanéité que j'attribue sa non-absorption. J'appuie cette assertion sur une foule de faits; plus de quatre-vingts ont été par moi consciencieusement recueillis. J'ai porté le sublimé corrosif dans la bouche, dans le pharynx; je l'ai appliqué sur des ulcères cancéreux des lèvres, de la face, du col de la matrice, du rectum. J'ai recouvert de six, sept et huit grains de cette poudre des plaies qui devaient en favoriser l'absorption, et cependant je n'en ai jamais observé aucun signe. Ce fait étant prouvé, je laisse à juger si le deuto-chlorure de mercure n'est pas mille fois préférable aux préparations arsénicales dont la dangereuse absorption ne peut être contestée.

La manière d'employer ce caustique est très-simple, si je veux cautériser profondément, je prend une pincée de sublimé et j'en saupoudre la partie de manière à l'en couvrir d'une couche assez épaisse. Si j'attaque un ulcère cancéreux superficiel, j'humecte l'extrémité du doigt que je charge de caustique en le superposant sur la poudre de sublimé, et je l'applique immédiatement sur la plaie. Si cette dernière a son siége dans une cavité, je me sers d'un pinceau, d'un cylindre de papier, d'un tampon de charpie ou d'un emplâtre agglutinatif comme conducteurs. Si l'ulcère est fistuleux, que je veuille en détruire les bords flottans, je prends une épingle dont je roule la tête, précédemment humectée dans la poudre cautérisante, et je la porte ensuite dans la fistule ou sur ses bords flottans. Si le trajet fistuleux a une certaine étendue, je me sers d'une petite sonde cannelée, j'en humecte la rainure que je remplis de sublimé, je l'introduis dans la fistule et lui fais subir un mouvement lent de rotation, de manière à mettre en contact avec le caustique toute la surface ulcérée.

Je me borne rarement à une seule application dans le premier pansement; ordinairement j'en fais deux consécutives, et la quantité de poudre que j'emploie varie selon l'épaisseur et la nature des parties que je veux détruire. Son action est si puissante qu'une couche aussi légère qu'il soit possible de l'établir produit dans quelques heures une escharre de près d'une ligne de profondeur. Aussi cette action me dirige-t-elle seule dans l'usage de cette substance, ne redoutant nullement les suites de son absorption. Je ne crains pas, lorsque je veux détruire des excroissances de chair, la surface cancéreuse d'un ulcère, une fistule, un kyste, etc., de déterminer une escharre qui embrasse avec les tissus de mauvaise nature une partie saine de ceux environnans, et j'avouerai que je mets dans ma pratique à employer ce caustique une hardiesse que beaucoup de praticiens n'imiteront qu'encouragés par leur propre expérience.

Le caustique étant appliqué, je me sers, pour recouvrir la partie, d'un taffetas fortement chargé de diachilon, que j'applique immédiatement sur les ulcères; je renouvelle cette application deux fois par jour, et la continue jusqu'à parfaite guérison. Le taffetas, par sa propriété agglutinative, se maintient sans appareil, hâte la chute des escharres, et favorise singulièrement la cicatrisation. Aussi en fais-je un fréquent usage dans ma pratique: je l'applique pendant vingt-quatre heures sur les parties que je veux cautériser, lorsqu'elles sont recouvertes d'une croûte ou de pus desséché par l'air. Ce moyen en favorise la chute plus promptement que ne le ferait un cataplasme émollient.

Comme il arrive constamment que le caustique s'étend plus ou moins sur les parties saines, je cherche à éviter ce léger inconvénient en les recouvrant d'abord d'un morceau du même taffetas percé dans son milieu de manière à ne laisser à découvert que les parties que je veux détruire, et après avoir cautérisé, je recouvre le tout d'un second morceau de diachilon.

Le deuto-chlorure de mercure est à peine en contact avec une plaie qu'il cause une douleur très-vive dont la durée est ordinairement de deux à cinq heures, selon la quantité du caustique employé; il détermine de plus un engorgement considérable. Cet engorgement, qui s'étend quelquefois bien au-delà de la partie cautérisée, pourrait effrayer les jeunes praticiens, s'ils n'étaient prévenus qu'il disparaît aussi promptement qu'il se déclare, cédant facilement à une application de sangsues, ou seulement de quelques cataplasmes émolliens.

L'escharre produite par le sublimé se détache du premier au cinquième jour, suivant la texture de l'organe cautérisé. J'en ai vu tomber entièrement vingt-quatre heures après l'application du caustique sur les joues, les lèvres, les mu-

queuses du nez, de la bouche, du vagin, etc.; d'autres rester plusieurs jours adhérentes sur les ailes du nez, la conque de l'oreille, dans l'intérieur des loupes enkystées, etc. Pour en activer la chute, qui est toujours avantageuse, puisqu'elle donne la facilité de pouvoir cautériser de nouveau, je me sers de douches faites à l'aide d'un arrosoir de chambre rempli d'eau de mauve tiède, que je laisse tomber sur la plaie d'un ou deux pieds de hauteur. Si j'ai cautérisé dans une cavité, dans le nez, le vagin, etc., je fais des injections à l'aide d'une petite seringue, je les renouvelle deux fois par jour, et les continue jusqu'à ce que la plaie soit nettoyée, d'autres fois jusqu'à l'entière cicatrisation.

Il arrive fréquemment, surtout dans les cas d'ulcérations cancéreuses superficielles (*noli me tangere*), qu'une seule application du caustique est suffisante; mais le plus souvent on est dans la nécessité de la répéter. Il faut attendre, dans ce dernier cas, la chute complète de l'escharre primitive. Quelquefois il reste après la deuxième cautérisation des bourgeons qui paraissent de mauvaise nature, ou une partie des bords ou du fond de la plaie qui est saillante et inégale; il ne faut pas balancer à la régulariser par des applications partielles et légères de poudre de sublimé. Quel que soit le nombre des cautérisations, j'attends toujours vingt-quatre heures avant de faire le premier pansement, et les douches ou injections.

La cicatrisation qui suit la chute des escharres s'opère dans tous les cas avec une activité vraiment étonnante. J'ai nombre de fois observé des ulcères de la largeur d'un écu de six francs, qui se cicatrisaient en quinze ou vingt jours à dater de la première application du caustique.

Je me bornerai dans ce premier article à rapporter quelques observations d'ulcères cancéreux guéris par les applications du deutochlorure de mercure, me réservant de publier plus tard de nouvelles considérations sur les ulcères sous-cutanés, entretenus par un vice scrofuleux, sur les fistules, la destruction des kystes, des obstructions du canal de l'urètre, etc., que je combats avec un égal succès par cette cautérisation.

Renaud Claude, propriétaire-cultivateur à la Guiche, âgé de cinquante-quatre ans, portait depuis sept ans à la commissure droite des lèvres une tumeur ulcérée qui occupait près de la moitié de la lèvre inférieure, une petite partie de la joue, et le tiers de la lèvre supérieure. Cet homme était horriblement défiguré, et avait un aspect si repoussant que chacun s'en éloignait avec dégoût. La maladie avait débuté par un bouton à la lèvre inférieure, près de la commissure, était restée deux ans sans faire de progrès sensibles, et ce n'était que sous l'influence de diverses pommades irritantes qu'elle avait gagné la commissure des lèvres et la lèvre supérieure. Deux fois, à un mois d'intervalle, il avait été cautérisé avec la pâte du frère Côme, et après chaque application son mal, comme il le disait, avait fait de nouveaux progrès. Après avoir laissé pendant quelque temps la maladie abandonnée à elle-même, il vint se confier à mes soins. La tumeur avait alors la forme d'un fer à cheval, était divisée en plusieurs lobes de grosseur inégale, et ressemblait à un bouquet de champignons, dépassant de plusieurs lignes les bords frangés de l'ulcère. De sa surface blafarde il s'écoulait une matière ichoreuse qui se desséchant sur quelques points, y formait des croûtes nombreuses, ou coulait sur le menton et forçait le malade à des soins de propreté continuels. Cette tumeur était peu sensible au toucher et cependant occasionait par intervalle, surtout la nuit, des douleurs lancinantes si vives qu'elles réveillaient le malade.

Je ne balançai pas à recourir à l'application du sublimé: j'en pris une pincée et j'en saupoudrai la tumeur de manière à la blanchir sur tous les points de sa surface. Pour garantir les parties voisines je les avais recouvertes d'un taffetas de diachilon. J'en appliquai ensuite un semblable sur l'ulcère et conseillai au malade de se promener. Une douleur vive ne tarda pas à se déclarer. Je vis le malade six heures après l'application du caustique, la douleur se calmait, mais il se formait un engorgement considérable dans les parties environnantes. Vingt-quatre heures après je levai l'appareil et fis une douche d'eau de mauve tiède, que je laissai tomber sur la plaie de plusieurs pieds de hauteur, et à mon grand étonnement des morceaux d'escharres de la grosseur d'une noix se détachèrent et la tumeur disparut. Le lendemain une seconde douche nettoya parfaitement la plaie, qui se trouva ramenée au niveau de la peau. Cependant je crus qu'il était nécessaire de recourir de nouveau à la cautérisation; une nouvelle couche de sublimé, plus légère que la première, produisit des escharres moins profondes, mais régularisèrent la surface ulcérée. Je continuai les douches jusqu'au neuvième jour, et les applications de taffetas de diachilon jusqu'à parfaite cicatrisation. Cependant je ne tardai pas à remarquer qu'une partie de la plaie qui siégeait sur la lèvre inférieure où avait débuté la maladie prenait une couleur blanchâtre et tendait à dépasser le niveau de la peau. Je l'attaquai aussitôt avec une couche légère de sublimé, et la guérison s'opéra d'une manière si parfaite que depuis neuf ans cet homme, qui semblait voué à une mort horrible et certaine, jouit de la santé la plus florissante.

Dans cette observation le cancer n'avait pas envahi toute l'épaisseur des lèvres et pénétré dans la bouche, ainsi que je l'ai observé cinq fois. Dans ces derniers cas, j'ai employé le deuto-chlorure de mercure dans la bouche comme à l'extérieur, me servant de mon taffetas agglutinatif appliqué immédiatement après la cautérisation, pour empêcher le caustique d'intéresser les parties voisines. J'ai eu le bonheur de guérir trois de ces malades, qui depuis trois et quatre ans n'ont pas eu de rechutes; mais chez les deux autres le cancer a reparu un an et cinq mois après l'opération. Le dernier de ces malades, âgé de soixante dix-huit ans, avait supporté à soixante-huit et à soixante-onze ans deux opérations, l'ablation d'une partie de la lèvre inférieure par l'instrument tranchant, puis la cautérisation par le feu. Malgré ces antécédens je tentai la cautérisation par le sublimé, et j'obtins une guérison parfaite, mais non de longue durée, puisque cinq mois après le malade vint me visiter, offrant une nouvelle ulcération sur le bord de la lèvre inférieure. Je cautérisai de nouveau, la plaie se cicatrisa pour se rouvrir quelques mois plus tard. Dans ce moment je traite pour la troisième fois ce malheureux, qui vient se faire cautériser aussitôt qu'un bouton se déclare, et j'espère prolonger ainsi sa vie de plusieurs années.

Mademoiselle Martin, âgée de dix-neuf ans et d'une bonne constitution, fille du maire de la commune de Passot,

vint me consulter pour un chancre (disait-elle) qui lui rongeait l'extérieur et l'intérieur du nez ; sa maladie, qui datait de trois ans, avait débuté par un enchifrènement et une démangeaison très-vive dans l'intérieur des narines. Un bouton ne tarda pas à se développer sur l'aile du nez du côté gauche et prit de plus en plus d'extension. Lorsque je visitai cette malade, la moitié de la cloison qui sépare les fosses nasales était détruite ainsi qu'une grande partie de l'aile du nez qui, n'étant plus soutenu par le cartilage de la cloison, s'était aplati. Je reconnus l'existence d'un ulcère cancéreux, qui s'étendait au tiers antérieur des fosses nasales, et je ne balançai pas à étendre à l'aide d'un petit pinceau du sublimé sur tous les points ulcérés, sans les recouvrir ensuite de diachilon. La douleur fut vive, l'engorgement si considérable, que je crus devoir le combattre par l'application de six sangsues sur la lèvre supérieure, près des orifices des narines. Deux jours après les escharres se détachèrent à l'aide d'injections détersives. Je fis encore deux applications partielles de sublimé sur des bourgeons qui me parurent de mauvaise nature, et vingt-cinq jours après la première cautérisation la malade était entièrement guérie. Six ans se sont écoulés depuis cette époque, elle continue à jouir d'une bonne santé.

Morel Joseph, propriétaire aubergiste à Saint-Cyr, département de l'Ain, était depuis son enfance sujet à une chute de rectum. De vingt à trente ans, il ne faisait rentrer l'intestin qu'avec douleur et difficulté. A trente-deux ans la portion sortie ne rentra plus et prit un caractère fâcheux. A trente quatre ans, lorsque je visitai le malade, je vis à l'orifice du rectum une tumeur de la grosseur d'un œuf, traversée par plusieurs sillons assez profonds et divisée ainsi en plusieurs lobes ulcérés du centre desquels s'échappait avec difficulté la matière fécale. Cette tumeur, peu sensible au toucher, occasionait cependant des douleurs lancinantes très-vives ; elle saignait au moindre attouchement et laissait suinter une matière ichoreuse très-fétide. Ayant reconnu la dégénérescence cancéreuse de l'intestin, j'enlevai avec un bistouri tout ce qui dépassait l'orifice du rectum. Cette ablation fut suivie d'une évacuation considérable de sang. Lorsque l'hémorrhagie fut arrêtée, j'introduisis mon doigt auriculaire dans l'anus et sentis des excroissances anormales, qu'à l'aide d'un spéculum je reconnus être une suite de la tumeur cancéreuse s'étendant ains à deux pouces dans l'intérieur du rectum.

Je préparai un tampon de charpie de la grosseur d'un doigt, long de quatre à cinq pouces ; je l'enduisis de diachilon gommé que je saupoudrai exactement avec du sublimé, et l'introduisis à deux pouces et demi de profondeur dans le rectum. Le malade ne tarda pas à éprouver une douleur très-vive qu'il comparait à celle que lui occasionerait la présence d'un fer rougi au feu. J'eus beaucoup de peine à obtenir qu'il supportât le tampon pendant huit heures, au bout desquelles j'y substituai une couche de charpie enduite de cérat. Le lendemain une diarrhée légère se déclara, et cependant le malade n'allait que difficilement à la selle, tant l'engorgement produit par la cautérisation était considérable. Je fis prendre soir et matin un bain de siége au malade ; je pratiquai des injections, et plusieurs escharres de la grosseur d'une noisette se détachèrent. Je ne fis de nouvelles applications de caustique qu'à la marge de l'anus, sur deux points qui me parurent suspects. Trente-deux jours après la première cautérisation, Morel était entièrement guéri ; les sphyncters de l'anus remplissaient très-bien leur fonction. Depuis sept ans cet homme jouit d'une très-bonne santé.

Madame***, âgée de quarante-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, n'ayant jamais eu d'enfans, vint me consulter pour une affection de la matrice. Je reconnus une ulcération superficielle sur le museau-de-tanche et augurai bien de l'application du sublimé. Je portai en effet ce caustique sur la plaie à l'aide d'un pinceau et du *speculum uteri ;* je remplis ensuite le vagin de charpie fine et fis garder le repos le plus absolu pendant vingt quatre heures. Je pratiquai ensuite soir et matin des injections détersives, et la malade fut ainsi débarrassée en vingt jours d'une affection qui pouvait devenir très-grave.

Je pourrais citer une foule d'observations d'ulcères cancéreux ou d'autre nature, guéris par le deuto-chlorure de mercure. Je n'ai tenté qu'une seule fois de l'appliquer sur les mamelles, et j'ai obtenu la guérison ; mais c'était sur un homme qui portait dans ce point une ulcération n'offrant pas tous les caractères du cancer. Les ulcères des mamelles ont une telle étendue et sont accompagnés d'une telle dégénérescence des tissus voisins, qu'il m'a paru dangereux de les attaquer par ce procédé.

LEÇONS CLINIQUES DE LA PITIÉ.

Considérations pratiques sur la saignée du bras.

L'emploi fréquent de la saignée, que nécessite un grand nombre de maladies, peut-être aussi l'abus qu'on en a fait à certaines époques, où on la regardait comme un préservatif puissant d'une infinité d'affections, ont laissé chez la plupart des gens du monde l'idée que la phlébotomie est de toutes les opérations qui se pratiquent en chirurgie la plus facile, qu'elle n'exige de la part de l'opérateur que des connaissances fort peu étendues, et ne doit jamais entraîner avec elle aucun résultat fâcheux.

Les chirurgiens sont loin, néanmoins, de partager cette opinion, et il n'en est aucun qui n'ait pu se convaincre par lui-même de la difficulté de la saignée dans quelques circonstances, et qui n'ait échoué plusieurs fois en la pratiquant ; quant aux accidens qui peuvent résulter d'une saignée mal faite, ils ne sauraient être mis en doute, et dernièrement encore nous avons assisté dans un des hôpitaux de Paris, à la ligature de l'artère brachiale qui avait été ouverte à la suite de la piqûre de la veine. Rien n'est aussi plus commun que de voir se développer après cette opération des douleurs intenses, des phlegmasies violentes et parfois mortelles, produites par l'inflammation de la veine, ou la blessure des filets nerveux qui l'environnent.

Nos lecteurs nous sauront sans doute gré de leur exposer ici les réflexions pratiques de M. Lisfranc sur la phlébotomie, et les préceptes à l'aide desquels on pourra toujours éviter de léser l'artère humérale, et soustraire dans le plus grand

nombre des cas, au moins, les malades aux dangers de la piqure des nerfs.

Les veines placées superficiellement sur le pli du bras sont, comme on le sait, fournies par deux troncs principaux qui, nés de la veine axillaire, se dirigent l'un vers le bord externe du muscle biceps, qu'il côtoie jusqu'au pli du bras sous le nom de veine céphalique, et l'autre vers le côté interne du bras sous celui de veine basilique.

Arrivée vers le pli du bras, la veine céphalique se divise en deux branches. La plus externe porte le nom de radiale superficielle; la seconde, dirigée de dehors en dedans, est connue sous le nom de médiane céphalique.

La veine basilique, qui paraît être la continuation de la veine axillaire, parvenue au voisinage de la tubérosité interne de l'humérus, se divise en trois branches. La première, qui, dirigée de dehors en dedans, croise la direction de l'artère à angle très aigu, est appelée médiane basilique, et les deux autres sont désignées sous le nom de veines cubitales, distinguées en externe et en interne.

Enfin, les deux veines médiane céphalique et médiane basilique, en se dirigeant ainsi l'une de dehors en dedans et l'autre de dedans en dehors, constituent par leur réunion un tronc commun désigné sous le nom de médiane moyenne. Ce tronc, presqu'aussitôt son origine, se partage lui-même en deux branches, l'une postérieure, qui s'enfonce dans l'épaisseur de l'avant-bras, et l'autre antérieure, qui se continue superficiellement sur la face antérieure du membre entre l'aponévrose et les tégumens jusqu'au poignet. (C'est la disposition de cette branche seulement qu'il est bien important de connaître pour en pratiquer l'ouverture, la branche postérieure étant inaccessible à la lancette à cause de sa profondeur.)

On voit, par ce qui vient d'être exposé ci-dessus, que le plus ordinairement on trouve au pli du bras six veines sur lesquelles on peut pratiquer la phlébotomie, savoir, en procédant de dehors en dedans du membre; 1° la radiale superficielle; 2° la médiane céphalique; 3° la médiane basilique; 4° la médiane moyenne, formée par la réunion des deux précédentes, et 5° les deux cubitales distinguées en externe et en interne.

Examinons maintenant si l'on peut pratiquer indifféremment la saignée sur chacune de ces veines, et sur tous les points de leur étendue.

Par rapport aux veines, il est un fait qu'on ne doit pas perdre de vue; c'est que plus le vaisseau se rapproche du côté interne du bras, plus il est entouré de filets nerveux. De là la nécessité de choisir autant que possible les veines placées au côté externe du membre.

De toutes les veines du bras, la radiale superficielle est celle qui offre sous ce point de vue le moins de danger; mais une disposition que voici, lui fera souvent préférer un autre vaisseau. Cette veine n'offre ordinairement qu'un petit calibre, elle est roulante et fuit facilement sous l'instrument, et lorsqu'on l'a piquée, il suffit que le malade exerce quelque mouvement de pronation pour que le parallélisme de la peau et celui de la veine soient détruits, et la saignée devient baveuse.

La médiane céphalique peut être piquée à sa partie supérieure sans le moindre danger. M. Lisfranc n'a jamais rencontré dans ses nombreuses dissections de filets nerveux entourant la veine à cet endroit; mais si l'on pique au-dessous du point correspondant à la partie moyenne du tendon du biceps, on s'expose à léser ce tendon et le nerf musculo-cutané qui, pour devenir superficiel, se dégage toujours entre le brachial antérieur et le biceps à la moitié de la hauteur du tendon de ce dernier. Il est cependant un moyen d'ouvrir cette veine dans toute sa longueur sans craindre de léser des parties intéressantes; c'est de mettre le bras dans la pronation, aidée d'une demi-flexion chez les individus qui ont le système musculaire peu prononcé. Dans cette position, le tendon du biceps et le nerf musculo-cutané, recouverts par le muscle long supinateur, se trouveront à l'abri de l'action de la lancette.

La disposition de la médiane moyenne varie très-souvent: tantôt cette veine rampe dans l'interstice des muscles, rond pronateur et long supinateur; tantôt on la voit placée à droite ou à gauche de cet interstice. Lorsque la veine médiane moyenne occupe l'interstice musculaire que nous venons d'indiquer, on doit se garder de l'ouvrir, attendu que dans cette position elle est toujours adossée à des filets nerveux dont la section deviendrait presque inévitable. De plus, chez des sujets dont les muscles sont peu prononcés, l'artère radiale située sous l'aponévrose anti-brachiale, peut n'être séparée de la veine que par cette aponévrose, et on court risque de la léser. La veine médiane moyenne ne doit donc être choisie pour la saignée, qu'autant qu'elle se porte ou en dedans ou en dehors de l'interstice musculaire indiqué.

La veine médiane basilique est généralement la plus grosse et la plus superficielle de toutes celles qu'on rencontre au pli du bras. Longeant le tendon du biceps, tantôt elle marche parallèle à l'artère humérale dont elle n'est séparée que par des lames fibreuses ou celluleuses, tantôt elle croise sa direction à angle plus ou moins aigu. Quelque périlleuse que soit la saignée pratiquée sur cette veine, à cause du voisinage de l'artère, son volume et sa position superficielle font qu'on la pique le plus ordinairement.

Plusieurs auteurs conseillent, lorsque l'on n'a le choix qu'entre elles et les veines cubitales, d'ouvrir préférablement ces dernières pour éviter la lésion de l'artère. M. Lisfranc pense, au contraire, que le grand nombre de filets nerveux qui accompagnent les veines cubitales semble devoir permettre de ne les ouvrir qu'autant qu'elles sont seules apparentes, et il donne en cette circonstance la préférence à la veine médiane basilique, en recommandant toutefois de s'assurer primitivement et avec beaucoup de soin du trajet de l'artère, et de pratiquer l'incision de la veine, en dehors de l'artère, si on le peut, ou en dedans du tube artériel, si l'anastomose de la veine médiane basilique ou de la médiane céphalique se fait trop près du condyle interne de l'humérus (1).

---

(1) M. Dupuytren a adopté des principes directement opposés. Ce chirurgien considérant les nombreux anévrismes que l'on observe chaque année à la suite de la saignée du bras, voudrait qu'on n'ouvrît *jamais* la médiane basilique, et que cette règle fût scrupuleusement suivie par tous les chirurgiens.

En résumé, M. Lisfranc conseille d'ouvrir les veines du pli du bras dans l'ordre suivant : 1° *la médiane céphalique*, qui peut être piquée dans toute sa longueur, en observant de placer le bras dans la pronation unie à la demi flexion ; 2° *la radiale superficielle*, en ayant soin d'assujettir le vaisseau pour qu'il ne fuie pas sous l'instrument ; 3° *la médiane moyenne*, hors les cas où elle se trouve logée dans l'interstice musculaire formée par le rond pronateur et le long supinateur ; 4° *la médiane basilique*, en dehors ou en dedans de l'artère ; 5° *les cubitales*, en commençant par la plus externe.

Enfin M. Lisfranc s'est demandé si, dans un cas où la saignée étant impérieusement commandée, il devenait impossible de voir ou de sentir les veines de la jambe, du pied, du poignet, de l'avant-bras ou du bras, on ne pourrait pas ouvrir la veine céphalique qui rampe constamment entre le muscle deltoïde et le grand pectoral. Si l'on se décidait à pratiquer cette opération, on devrait faire une incision d'un pouce environ de longueur parallèlement à l'axe de l'humérus et à un travers de doigt en dedans du sommet de l'apophyse coracoïde, on diviserait la peau, le tissu cellulaire et la veine se trouveraient à découvert, on l'inciserait alors dans une très-petite étendue.

On ne doit jamais perdre de vue, lorsqu'on pratique une saignée, que les artères, aussi bien que les veines du bras, présentent parfois des anomalies qui exposeraient à les léser là ou l'anatomie ne démontre point ordinairement leur présence ; ainsi, M. Lisfranc a constaté par de nombreuses dissections, que l'artère cubitale est, plus souvent qu'on ne le pense, superficiellement placée dans tout son trajet. L'artère radiale offre plus rarement cette disposition. Dans beaucoup de cas aussi, l'artère humérale est située plus près de la tubérosité interne de l'humérus que ne l'indiquent les anatomistes. Quatre ou cinq fois, M. Lisfranc a observé cette artère siégeant sur la partie interne et inférieure du bras en se recourbant presqu'à angle droit, pour venir se rendre sur la partie antérieure et moyenne de l'articulation cubito-humérale. On concevra, d'après ces données, combien il est important de ne jamais pratiquer la saignée avant de s'être assuré préalablement de la position de l'artère et du trajet qu'elle parcourt.

Obstacles et accidens de la saignée.

Il n'est point indispensable, pour pratiquer une saignée, que le vaisseau à ouvrir soit visible ; si la pulpe du doigt peut le faire reconnaître, on ne doit point hésiter a plonger profondément l'instrument pour l'atteindre. La seule précaution à prendre est de pénétrer lentement. On sentira le défaut de résistance fourni par la lancette lorsqu'elle arrivera dans l'intérieur de la veine, et on verra bientôt le sang remonter le long de la lame.

Si les veines ne sont ni visibles ni appréciables au toucher, on pose une ligature autour du bras et on l'y maintient appliquée une demi-heure, une heure, pendant laquelle on invite le malade à contracter fortement ses muscles. Cette simple précaution réussit dans beaucoup de cas, et l'emploi du bain où l'on conseille de mettre le bras pour rendre les veines plus apparentes, peut être avantageux dans quelques circonstances, mais quelquefois il a l'inconvénient de rougir la peau, de la tuméfier ainsi que le tissu cellulaire, et de masquer complétement les vaisseaux. Il vaut mieux tenir seulement la main plongée dans le liquide.

Une ligature trop peu serrée rend la saignée baveuse ; une ligature trop fortement appliquée gêne le cours du sang artériel, par suite la saignée s'arrête : on remédie à ces inconvéniens en serrant ou relâchant la bande suivant l'indication.

Les manches des vêtemens de certains malades, et particulièrement des femmes de la campagne, sont extrêmement serrées. Si l'on se contente de les faire rétrousser et qu'on applique ensuite la ligature, à peine la veine est-elle ouverte que le sang cesse de couler, à cause de la double constriction exercée par ces vêtemens. Les manches ainsi retroussées ont encore l'inconvénient, quand on les abaisse, de déplacer la bande et la compresse appliquées sur la plaie, et si on les maintient relevées elles font l'office de ligature et exposent la saignée à se rouvrir.

On sait que les personnes qui ont beaucoup d'embonpoint sont ordinairement difficiles à saigner : cette règle offre cependant des exceptions. Ainsi chez les femmes du peuple qui exercent fréquemment leurs membres thoraciques, on pratique d'habitude la phlébotomie avec facilité. Ce n'est pas seulement parce que les vaisseaux sont plus volumineux chez ces femmes, mais bien encore parce que leurs avant-bras ne sont point en rapport avec le développement du reste de leur corps. Il semble que les contractions fréquemment exercées par les muscles sur le tissu cellulaire anti-brachial sous-cutané, soient cause de son espèce d'atrophie relative.

Il ne faut pas croire que les veines les plus apparentes soient les plus faciles à piquer. Souvent ces veines, dépourvues de tissu cellulaire ambiant, sont roulantes, et fuient sous la lancette. Cette disposition est surtout remarquable chez les vieillards secs et décharnés dont la peau coriace et terreuse résiste à l'action de l'instrument. On doit dans de semblables circonstances placer le pouce et le doigt indicateur à une distance très-rapprochée sur le trajet du vaisseau, afin de le maintenir et de tendre la peau, qui de cette manière se laisse diviser plus facilement.

Lorsque la piqûre de la lancette a divisé seulement la peau et le tissu cellulaire, il est facile de reconnaître à la couleur bleue de la veine siégeant dans le fond de la plaie, que ses parois n'ont point été divisées. On doit alors reporter de suite l'instrument dans la solution de continuité et piquer le nouveau ; cette seconde piqûre n'est nullement douloureuse et le sang jaillit aussitôt. Si l'incision de la peau n'était plus en rapport avec la veine, on chercherait par des tractions ménagées à rétablir le parallélisme détruit.

Plusieurs circonstances peuvent s'opposer à l'écoulement du sang, bien que la veine ait été ouverte. L'ouverture de la plaie peut être bouchée par un petit peloton de graisse. Il faut alors ou le refouler en dedans avec l'extrémité d'un stylet, ou l'exciser avec des ciseaux. Lorsque l'ouverture de la peau a peu d'étendue, le sang peut, en se coagulant sur les bords de la solution de continuité, diminuer peu à peu le calibre du jet du liquide et l'intercepter complétement. Quelques petits coups secs donnés avec le doigt sur le trajet de la veine, de légères frictions pratiquées de bas en

haut, détachent ordinairement ce caillot qu'on peut encore enlever avec l'extrémité d'un stylet; il faut avoir soin cependant de ne pas le faire pénétrer trop avant dans la crainte d'enflammer la veine.

Beaucoup de malades s'imaginent hâter la sortie du sang en contractant fortement le bras, l'avant-bras, et exerçant de fréquens mouvemens de pronation et de supination. D'autres tendent le bras, en refusant de le laisser appuyer dans la main de l'opérateur, chargé de le soutenir. Outre que cette raideur et ces mouvemens forcés fatiguent promptement ceux qui les exécutent, ils gênent l'écoulement du sang et disposent à la syncope. On ne saurait donc trop recommander aux malades de n'employer que le degré de force nécessaire pour faire tourner le lancetier ou la bande placée dans leur main.

La vue de la lancette ou du sang, l'impression produite par la piqûre, peuvent amener la syncope presqu'au début de la saignée. Dans ce cas, on doit relâcher la bande, faire revenir le malade en lui jetant quelques gouttes d'eau froide sur le visage! si ces moyens sont insuffisans, on l'étend horizontalement en l'inclinant sur le côté gauche, on fait des frictions sur la région du cœur et on place à distance sous ses narines quelque liqueur aromatique. On applique le pouce immédiatement au-dessus de l'ouverture pratiquée à la veine, afin de s'opposer à la sortie du sang, et on ne donne de nouveau issue au liquide qu'autant que le malade est revenu complétement à lui et en ayant soin de le maintenir couché durant le temps que le sang s'écoule.

Lorsque, malgré les précautions indiquées plus haut, un filet nerveux vient à être lésé, ce que l'on reconnaît à la douleur vive que le malade éprouve au centre même de la plaie, et qui s'irradie bientôt sur divers points du bras, au lieu d'agrandir l'ouverture comme on l'a conseillé, dans la vue de couper complétement le filet nerveux, on a recours aux bains, aux cataplasmes émolliens, aux potions narcotiques et aux lotions de laudanum sur la plaie elle-même.

Si la phlébite se déclare on la combat par le repos, la diète et de fréquentes et nombreuses applications de sangsues sur tout le trajet du vaisseau enflammé.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

—

Considérations sur les excroissances et les végétations; leur nature, leur marche et leur traitement.

On observe souvent, après divers symptômes syphilitiques, des tumeurs plus ou moins volumineuses, de formes variées, aux parties génitales et à l'orifice des muqueuses en général. Ces tumeurs ont été divisées en deux grandes classes, et leur nature différant essentiellement, elles ne doivent point être confondues par le praticien; ce sont les *excroissances* et les *végétations*.

Les excroissances ne sont que des prolongemens des replis des membranes muqueuses et de la peau, formés par l'inflammation et le développement du tissu cellulaire sous-jacent; les végétations, au contraire, sont de véritables produits nouveaux qui se forment de toutes pièces, croissent et se développent, nous pourrions dire, indéfiniment, car elles varient depuis la grosseur d'un grain de millet jusqu'au volume du poing d'un adulte. Les premières ont leur siége presque constant à l'anus ou à l'orifice du vagin chez la femme; elles sont très-souvent le résultat de la malpropreté, du frottement exercé par la marche ou par toute autre cause. Leur caractère presque constant, et pour ainsi dire distinctif, suivant M. Cullerier, est d'avoir pour base une ulcération sur laquelle elles prennent naissance, et qui persiste jusqu'à leur disparition. C'est le siége de la douleur quelquefois intolérable que causent ces excroissances, surtout lorsqu'elles siégent à l'anus. Bien qu'elles soient considérées par la plupart des praticiens comme un symptôme de syphilis ancienne, elles ne sont très-souvent produites que par les causes irritantes que nous venons d'énumérer; mais leur principale différence existe dans leur terminaison. Les excroissances, en effet, n'étant que des prolongemens de tissus hypertrophiés, il est évident que lorsque ces tissus auront été produits à leur état normal, soit par des moyens locaux, soit par un traitement général, la tumeur disparaîtra sans que dans certains cas on ait besoin de l'attaquer directement, au lieu que lorsque des végétations se sont développées sur une partie et ont acquis un certain volume, il est rare qu'elles se dissipent d'elles-mêmes sans nécessiter un traitement local que nous exposerons plus bas. Ces différences étaient essentielles à noter avant de passer à l'histoire de ces deux maladies.

Les excroissances syphilitiques (condylomes, crêtes-de-coq) ne sont pas très-communes: depuis six mois nous en avons vu à peine quelques exemples dans les salles des vénériens, encore ont-elles cédé très-facilement au traitement employé pour combattre les autres symptômes de syphilis; nous aurons donc peu de choses à dire de cette affection que M. Cullerier considère comme le résultat d'une irritation syphilitique ou autre, et contre laquelle il n'a presque jamais aucun moyen spécial à diriger; mais il n'en est pas de même des végétations, affection excessivement commune et qui mérite de fixer toute notre attention.

Les végétations succèdent le plus souvent à la blennorrhagie, la balanite, l'utéro-vaginite; quelquefois elles se développent sur la cicatrice d'anciens chancres, ou elles remplacent les pustules muqueuses, etc.; c'est donc un symptôme de syphilis plutôt secondaire, successif, que constitutionnel, distinction fort importante et que nous avons établie dans un précédent article. Nous avons cru remarquer en effet que parmi les individus traités sans mercure et chez lesquels la maladie récidivait, on observait fréquemment des végétations, des pustules muqueuses ou quelques affections cutanées légères succédant à peu d'intervalle à la maladie primitive, tandis que les malades qui se présentent à l'hôpital avec des exostoses, des caries profondes, des tubercules et des ulcérations de la gorge et de la bouche, symptômes consécutifs d'une affection générale et de longue durée, ont pour l'ordinaire fait un usage abusif de ce médicament. Cette observation est générale et peut servir à jeter quelque jour sur la question controversée du traitement de la syphilis sans mercure.

Quelquefois, mais dans un petit nombre de cas, les végétations surviennent comme symptôme primitif et unique de la vérole. Au n° 12 de la petite salle a été reçu, dans les premiers jours d'avril, un homme d'une très-forte constitution, portant sur la face supérieure du gland et sur le prépuce une masse de végétations du volume environ de la moitié d'un œuf de poule. Cet homme a déclaré que huit jours après avoir vu une femme suspecte, il était survenu au côté gauche du gland un petit bouton qu'il avait arraché avec les ongles et qui fut remplacé par une petite végétation. Quelques jours après plusieurs autres se développèrent sur le gland et le prépuce, et acquirent dans l'espace de cinq mois le volume que nous leur avions remarqué. Cet homme nous affirma à plusieurs reprises n'avoir jamais eu aucune affection vénérienne. Il continuait du reste depuis cinq mois à se livrer au coït malgré cette tumeur énorme qu'il n'introduisait, disait-il, qu'avec difficulté et en déterminant quelques douleurs.

Dans le courant du mois d'avril, dix malades environ sont entrés à l'hôpital, offrant des végétations sur quelque partie du corps. La plupart des hommes les portaient sur le gland et à la face interne du prépuce; chez deux d'entre eux seulement les végétations s'étaient développées à l'anus, et chez l'un d'eux, c'était, de son propre aveu, après un rapprochement contre nature. Chez les femmes, ces tumeurs se trouvaient à l'orifice du vagin et sur le périnée, chez une seule une petite végétation avait crû dans la profondeur du vagin, et chez une autre sur le col même de l'utérus.

Mais toutes les ouvertures des muqueuses peuvent être le siége de ce développement Ainsi M. Cullerier en a rencontré à la commissure des lèvres, sur la langue, et le voile du palais, à l'entrée des narines, dans le conduit auditif, etc. On sent que dans ces différens cas, et surtout lorsque les tumeurs siégent sur la langue, il doit être facile de les confondre avec des végétations non syphilitiques; mais les conséquences de cette erreur seraient fort peu importantes, car dans l'un et l'autre cas le traitement local doit être à-peu-près le même.

Les végétations une fois développées et parvenues à un certain degré de grosseur ne peuvent plus être détruites que par les secours de l'art. Abandonnées à elles-mêmes, elles augmentent de volume, s'étendent et envahissent les parties voisines, et peuvent causer divers accidens sur lesquels nous allons appeler l'attention.

Au n° 53 de la seconde salle a été reçu, le 5 avril, un jeune homme portant sur le gland des végétations considérables. Au mois de juin 1833, il contracta une blennorrhagie pour laquelle il prit de la tisane, cent quatre-vingts pilules mercurielles et du copahu. Au bout de quelques mois la blennorrhagie devint moins intense, mais l'exercice continuel du cheval, auquel il était forcé, s'opposa à la guérison complète. Il survint bientôt des végétations sur le gland et à la face interne du prépuce. Au mois de janvier dernier, le prépuce fut fendu et les végétations enlevées, mais elles ne tardèrent pas à repousser avec plus de violence, et en peu de temps le gland avait acquis un volume énorme. A son entrée à l'hôpital, cet homme offrait sur le côté gauche du prépuce une large ulcération, par laquelle les végétations s'étaient fait jour en dehors. Il s'écoulait par la plaie et par l'ouverture naturelle du prépuce une humeur fétide et très-abondante, et le moindre contact y déterminait une hémorrhagie. Il fallut fendre le prépuce dans toute sa longueur pour mettre ces végétations à nu, et les enlever complètement avec des ciseaux courbes. Cet homme est aujourd'hui presqu'entièrement guéri.

Un autre malade a été reçu et opéré dans des circonstances à-peu-près semblables.

Nous avons vu chez deux individus couchés dans la même salle, une petite végétation survenue dans le canal de l'urètre s'opposer au cours de l'urine. Chez un autre, un paquet de végétations développées à la marge de l'anus gênait considérablement la défécation. Chez plusieurs femmes le coït devait être rendu presque impossible.

On prévoit aisément quels doivent être les accidens mécaniques déterminés par le développement de ces tumeurs, qui continuellement frottées, irritées, baignées d'un liquide purulent, peuvent d'ailleurs finir par revêtir un mauvais caractère et se couvrir d'ulcères rebelles et saignans.

Bien que dans la plupart des cas les végétations se manifestent à la suite de symptômes syphilitiques, M. Cullerier n'emploie presque jamais pour les combattre que des moyens purement locaux. C'est, suivant ce médecin, un symptôme de peu d'importance et qui est fort rarement suivi de l'infection générale. Tous ses efforts tendent donc à les détruire par un des moyens que nous allons énumérer, et lorsque les malades en sont complètement débarrassés, aucun préservatif ne leur est administré.

C'est sous l'influence d'une cause irritante que les végétations se développent : c'est la même cause qui leur fait prendre un volume considérable et qui les fait repulluler quelquefois avec une opiniâtreté désespérante. Tous nos efforts doivent donc tendre d'abord à combattre cette inflammation avant d'employer aucun moyen pour les détruire. Le repos, la diète, les bains locaux émolliens, les applications de sangsues, les boissons adoucissantes ramènent la tumeur à l'état d'indolence nécessaire pour qu'on puisse l'enlever. Les sangsues doivent être appliquées au nombre de dix à douze sur les végétations elles mêmes, jusqu'à ce qu'elles ne soient ni très-rouges ni très-douloureuses. Huit à dix jours de préparation sont ordinairement suffisans.

Au n° 35 a été couché, le 19 mars, un jeune homme qui, ayant été atteint de chancres et de bubons, fut traité seulement par les antiphlogistiques. Quelque temps après il survint des végétations fort abondantes sur le gland et à la face interne du prépuce; mais l'ouverture de ce dernier étant très-large, on pouvait, malgré le développement considérable des végétations, les mettre facilement à découvert. Des sangsues furent appliquées à plusieurs reprises sur les tumeurs elles-mêmes, des bains locaux émolliens et des cataplasmes calmèrent l'irritation, et le 3 avril on les enleva toutes successivement avec des ciseaux. L'opération fut extrêmement douloureuse, et le malade continua à souffrir pendant plusieurs heures; mais une saignée, des bains et une potion calmante apportèrent un soulagement tel, que l'inflammation consécutive fut très-faible et que ce malade put sortir au bout d'un mois presque entièrement guéri.

Cette opération quoique douloureuse, est en général d'assez facile exécution. Il survient rarement d'autre accident qu'une hémorrhagie plus ou moins abondante, et qui pour-

rait être portée au point de compromettre la vie des malades, si l'on ne se hâtait de l'arrêter.

Au n° 30 de la seconde salle a été couché, le 5 mars, un jeune homme de dix-huit ans, qui, à la suite d'une blennorrhagie portait sur le gland et à la face interne du prépuce une quantité considérable de végétations. Il fallut les mettre à nu par deux incisions, puis elles furent toutes enlevées assez promptement avec les ciseaux. Le malade supporta l'opération avec beaucoup de courage; mais il ne tarda pas à éprouver des défaillances et il survint une hémorrhagie très-abondante, dont on ne put se rendre maître qu'en cautérisant avec le fer rougi au feu. L'inflammation consécutive a été assez vive, et aujourd'hui encore les plaies sont loin d'être cicatrisées.

Un accident semblable est arrivé à un malade couché au n° 45, et qui portait sur la face antérieure du gland une énorme végétation implantée par un pédicule assez étroit. Quand l'hémorrhagie est peu abondante, une légère compression suffit pour l'arrêter; mais comme il est souvent difficile d'établir convenablement un bandage sur des parties molles et mobiles et que le sang sort ordinairement de ces parties érectiles en nappe et comme d'une éponge, la cautérisation avec le fer rouge est le moyen le plus prompt et le plus efficace.

Les végétations enlevées, on panse à plat avec le cérat et la charpie, et l'on continue l'emploi des émolliens pour prévenir le développement de l'inflammation consécutive. Quand elles sont nombreuses, il est rare qu'on puisse les atteindre toutes en une seule fois. Les plus petites, qui échappent à l'instrument, disparaissent ordinairement avec la suppuration. Il en est de même de celles qui siégent aux parties génitales des femmes enceintes. M. Cullerier cherche rarement à les détruire avant l'accouchement, quand la grossesse est avancée, l'expérience lui ayant appris que souvent elles disparaissent avec l'écoulement des lochies.

Quand l'inflammation produite par les incisions est apaisée, on remplace les émolliens par l'eau blanche, la poudre de calomel ou l'onguent mercuriel, et l'on obtient ainsi la parfaite cicatrisation sans donner le mercure à l'intérieur.

L'incision des végétations est certainement le moyen le plus prompt et le moins douloureux d'en obtenir la cure complète, mais plusieurs malades timides refusent de se soumettre à cette opération. La ligature et la cautérisation peuvent au besoin remplacer l'instrument tranchant, et dans ce moment il y a dans les salles un jeune homme qu'on soumet depuis huit jours, au premier de ces procédés; chaque paquet de végétations est embrassé successivement par un fil, et la ligature serrée chaque jour de plus en plus; mais les douleurs que le malade éprouve sont incomparablement plus vives que celles qui résulteraient d'une prompte incision, puisqu'il faut chaque jour renouveler une opération dont la sensation pénible se prolonge pendant plusieurs heures. La cautérisation avec l'acide nitrique a également été tentée sur des femmes qui portaient à l'orifice de la vulve et sur le périnée une très-grande quantité de petites végétations dont l'incision eût été fort longue et fort pénible. Chaque jour on promenait sur ces tumeurs un pinceau chargé de nitrate acide de mercure, et après plusieurs semaines on est enfin parvenu à les flétrir et à les détacher en grande partie.

Les moyens que nous venons d'énumérer ne sont pas toujours nécessaires pour débarrasser les malades de leurs végétations. Lorsqu'on est appelé dès le début de leur développement, ou lorsqu'elles restent petites et disséminées, quelques émolliens, une forte solution d'opium, de la poudre de calomel les empêchent quelquefois de s'accroître et peuvent même les enlever tout-à-fait. Nous pourrions citer un assez grand nombre d'exemples de ce genre. L'onguent mercuriel ou mieux le cérat mercuriel a, dans certains cas, aussi une action très-sensible sur la disparition de ces tumeurs; cependant il est vrai de dire qu'en général les topiques sont sans effet sur les végétations, et qu'il faut presque toujours les attaquer par des moyens chirurgicaux.

L'opération que réclame le traitement de cette affection est d'une exécution facile; mais, avec quelque soin qu'on la pratique, on ne peut dans quelques cas éviter les récidives qui se répètent avec une opiniâtreté désespérante. Le moyen de les prévenir est, ainsi que nous l'avons déjà dit, de bien détruire l'inflammation des parties sous-jacentes avant d'y porter l'instrument tranchant, de les enlever jusqu'à la racine, et de ne pas en laisser une seule subsister, quel que soit son peu de volume. Les soins de propreté sont d'une nécessité indispensable, et chez beaucoup de malades on est forcé d'exiger l'absence de tout mouvement pendant un certain temps; chez d'autres, enfin, un traitement mercuriel intérieur met fin à toute récidive, tandis que, dans l'immense majorité des cas, le mercure est tout-à-fait sans action sur les végétations, ou même favorise leur développement d'une manière remarquable.

Vaginite avec écoulement très-abondant et très-fétide d'une matière limpide, incolore, occasionée par le séjour d'une éponge dans le canal vulvo-utérin, par M. CAZENAVE.

Madame veuve Frigé, sage-femme, conduisit chez moi, il y a près de trois semaines, une jeune personne délicate, grêle, lymphatique, pour laquelle M. le docteur Chandru avait déjà été consulté, se plaignant d'avoir un écoulement très-abondant par le vagin, d'une matière limpide, incolore et répandant une odeur tellement repoussante, que mon cabinet en fut infecté. Cette malade, pressée par mes questions, se borna à répondre que *son écoulement* ne datait que de quatre à cinq jours, époque à laquelle, vivement sollicitée de céder aux désirs d'un monsieur, elle éprouva une vive douleur au col utérin après le coït, suivie presque aussitôt d'un flux vaginal dont j'ai déjà indiqué les caractères.

Cette jeune personne, obligée de partir pour Paris sous très-peu de jours, avait hâte de se débarrasser de l'écoulement, mais surtout de la mauvaise odeur qu'il répandait partout où elle portait ses pas. Mes instances pour explorer le vagin et le col de l'utérus, soit par le toucher, soit à l'aide du *speculum uteri*, furent inutiles. Je dus me contenter de prescrire une boisson légèrement astringente, des lotions

et des injections de même nature faites dans le canal vulvo-utérin, des lotions et des injections désinfectantes préparées avec une solution assez concentrée de chlorure d'oxide de sodium, jusqu'à ce que la malade voulût bien me permettre de toucher et de voir. Mademoiselle. N... suivit exactement mes prescriptions, mais sans fruit, et se proposait de revenir chez moi le lendemain, lorsqu'en se lavant sur un bidet, les cuisses étant très-écartées et la vulve entr'ouverte, elle sentit s'échapper un corps molasse, décomposé, répandant une odeur de matières animales putréfiées, qui n'était autre chose qu'un morceau d'éponge introduit dans le fond du vagin quelques momens avant le coït, pour s'opposer à la fécondation. Dès ce moment, le flux et la mauvaise odeur cessèrent. (*Bulletin médical de Bordeaux.*)

Réflexions. La muqueuse utéro-vaginale jouit d'une sensibilité fort variable chez les différens individus, et l'observation de M. Cazenave en est une preuve sensible. Chez certaines femmes, en effet, les frottemens les plus répétés, le séjour dans le vagin de corps plus ou moins durs et irritans, produisent tout au plus quelque douleur, quelques excoriations légères dont elles ont à peine la conscience; chez d'autres, au contraire, la muqueuse génitale est dans un état d'éréthisme continuel, et la moindre cause irritante, la présence d'un pessaire, le coït même exercé avec modération suffisent pour y déterminer soit de vives douleurs, soit un écoulement opiniâtre et abondant.

La femme dont on vient de lire l'histoire était sans doute dans ce dernier cas, car rien n'est plus commun que de rencontrer, dans la pratique, des corps étrangers séjournant dans le vagin depuis une époque beaucoup plus longue, des pessaires abandonnés depuis plusieurs mois, des tampons de charpie, etc., sans qu'il en résulte d'autre incommodité qu'un peu de chaleur et de suintement. A la consultation de l'hôpital des Vénériens, nous avons vu fréquemment des femmes atteintes d'affections légères qui, par oubli ou négligence, conservaient depuis une semaine la charpie dont on avait tamponné le vagin, et c'est dans ces cas surtout que, faisant la part de la maladie préexistante, nous avons pu observer chez elles cette différence de sensibilité. Chez les unes, en effet, on retirait la charpie presque sèche et à peu près dans l'état où elle avait été introduite; chez d'autres, le long séjour de ce corps dans le vagin avait déterminé une assez vive irritation qui se manifestait uniquement par de la rougeur et de la sensibilité; chez d'autres enfin, la rougeur était moins prononcée, mais l'écoulement était très-abondant et surtout excessivement fétide.

Nous avons cherché à rattacher ces différens effets aux différens tempéramens des malades; mais nos résultats n'ont pas été assez constans pour que nous puissions déclarer que l'irritation, causée par le tampon, se manifestait par une leucorrhée chez les personnes grêles et lymphatiques, par de la douleur sur les tempéramens sanguins, etc. Les praticiens savent combien les signes extérieurs de la constitution nous donnent une fausse idée de l'état des systèmes générateurs. Sans doute, il y avait une cause prédisposante aux différens désordres que nous avons observés, mais nos recherches n'ont été ni assez suivies ni assez nombreuses pour que nous ayons pu la saisir et en tirer quelques conclusions suffisantes.

De la vente des médicamens. — De quelles peines sont passibles ceux qui se livrent à cette vente sans titre légal. — De l'action civile des pharmaciens contre les contrevenans. (XVIIIe art.)

Nous avons expliqué dans notre dernier article les règles qui s'appliquent à la vente des médicamens. Nous devons examiner maintenant quelles pénalités sont applicables aux personnes qui enfreindraient les prohibitions établies par la loi, soit que l'infraction soit commise par un homme de l'art, un droguiste, une communauté, ou un simple particulier.

L'art. 33 de la loi du 21 germinal an XI est ainsi conçu : « Les épiciers et droguistes ne pourront vendre aucune composition ou préparation pharmaceutique, sous peine de 500 francs d'amende. »

Ainsi d'abord, point d'incertitude à l'égard de ceux des contrevenans qui sont épiciers ou droguistes. S'ils ont vendu des préparations pharmaceutiques, s'ils ont débité même des drogues simples au poids médicinal, la peine de 500 fr. d'amende leur est applicable, et cette application, qui ne peut être faite que par le tribunal correctionnel, ne peut entraîner aucune difficulté.

L'art. 36 de la même loi prohibe également « tout débit au poids médicinal, toute distribution de drogues et préparations médicamenteuses sur des théâtres ou étalages, dans les places publiques, foires et marchés. » Et la loi du 29 pluviôse an XIII a élevé la peine de cette dernière contravention jusqu'à une amende de 25 à 600 fr., et un emprisonnement de trois à dix jours. Ainsi encore, point de difficulté lorsqu'il s'agit des charlatans, ou des distributeurs de drogues sur la voie publique; la loi est précise et la peine ne peut manquer de les atteindre.

Mais la difficulté commence à s'élever quand il s'agit de contrevenans qui ne sont ni épiciers, ni droguistes, ni vendeurs sur la voie publique. A l'égard de ces contrevenans la législation est presque désarmée; car il n'existe d'autre disposition répressive que l'art. 28 du titre 1er de la loi du 19-22 juillet 1791, lequel est ainsi conçu : « En cas de vente de *médicamens gâtés*, le délinquant sera renvoyé à la police correctionnelle, et puni de 100 fr. d'amende et d'un emprisonnement qui ne pourra excéder six mois. » Or, cet article ne punit que la vente des médicamens nuisibles, et non la vente illicite de médicamens.

La Cour de cassation s'est efforcée, par sa jurisprudence, de suppléer à ce silence de la législation; elle a étendu ses dispositions répressives aux cas qui ne se trouvaient pas énoncés dans son texte.

C'est ainsi d'abord que sous le nom de *droguistes*, qui se trouve dans l'art. 33 ci-dessus cité de la loi de germinal, cette Cour a compris tous ceux qui préparent et vendent des drogues, encore bien qu'ils ne prennent pas cette qualité. L'arrêt qui consacre cette décision, rendu à la date du 9 octobre 1824, s'appuie sur les motifs suivans : « Que si, dans l'art. 33, les épiciers ou droguistes sont indiqués spécialement, cette indication est seulement énonciative de ceux qui par la nature de leur commerce seraient plus disposés à faire ces sortes de ventes prohibées; mais qu'elle

n'est point limitative, et que ledit art. 33 est nécessairement applicable aux individus qui, n'exerçant pas la profession de droguiste, vendraient des compositions ou préparations pharmaceutiques, ou débiteraient des drogues au poids médicinal, tels que les herboristes et *autres marchands ;* que s'il en était autrement, toute l'économie de la loi sur la police de la pharmacie serait anéantie. »

On ne doit pas dissimuler que cette interprétation pourrait éprouver quelques difficultés devant les tribunaux. Sans doute on doit déplorer que les simples particuliers qui sont entièrement étrangers à la connaissance des drogues médicinales, et qui dès-lors offrent moins de garantie encore que les droguistes, soient à l'abri d'une peine qui devrait cependant être proportionnée au danger que la contravention fait courir; mais il est de règle, en matière pénale, qu'on ne peut jamais étendre la loi au-delà de ses termes, et il paraît évident qu'en se servant du mot *droguiste*, elle n'a entendu que ceux qui par état débitent des drogues.

La Cour de cassation paraît avoir elle-même reconnu que son interprétation pouvait être contestée, et depuis l'arrêt qu'on vient de rappeler, elle a adopté un autre système. En effet, un arrêt du 2 mars 1832 porte : « Que la défense faite par l'art. 36 (de la loi du 21 germinal) à tous autres que les pharmaciens de vendre des drogues au poids médicinal étant générale et absolue, elle s'applique aux officiers de santé comme à tous autres; que ces mots *au poids médicinal* sont employés par opposition *à la vente en gros* des drogues simples, permise par l'art. 33 aux et droguistes épiciers et spécifie par cette expression la vente des drogues en détail, et dans les proportions prescrites par les médecins, chirurgiens et officiers de santé; que cette sorte de vente est sévèrement prohibée par l'art. 36 à tous autres que les pharmaciens, et que les individus qui y contreviennent doivent être punis correctionnellement des peines prononcées par la loi du 29 pluviôse an XIII »

Cet arrêt nous donne lieu de faire deux observations. La première est qu'il nous paraît bien difficile d'étendre comme il le fait, la disposition de l'art. 36, que nous avons ci-dessus reproduit, à d'autres ventes qu'aux ventes sur la voie publique ; c'est ce qui résulte de son texte précis, et c'est ce que la Cour de cassation elle-même avait reconnu par arrêt du 9 octobre 1824, dans lequel on lit « que l'art. 36 est répressif de ceux qui distribuent des drogues et préparations médicamenteuses sur des théâtres ou étalages, dans les places publiques, foires et marchés, c'est-à-dire, des individus ordinairement connus sous la dénomination de *charlatans*, et qui se livrent à ces sortes de distributions presque toujours en plein air. »

Ensuite, et à plus forte raison, cet article ne peut-il s'appliquer aux officiers de santé et médecins qui débiteraient des drogues dans des lieux où il existe un pharmacien ayant officine ouverte. Il suffit d'abord de lire l'art. 36 pour être convaincu de son inapplication à cette espèce, et nous sommes convaincus que la plupart des tribunaux résisteraient à l'interprétation de la Cour de cassation ; mais peu de mots expliquent d'ailleurs l'esprit de la loi. Les droguistes, les épiciers, les charlatans n'offraient aucunes garanties morales et scientifiques de leurs compositions, tandis que ces garanties se rencontrent au contraire au plus haut degré dans les hommes de l'art. Les art. 33 et 36 de la loi que nous examinons avaient à protéger un grand intérêt, celui de la santé publique ; l'art. 27 au contraire, dont nous nous sommes occupés dans notre précédent article, et qui restreint le droit des hommes de l'art de vendre des médicamens à un cas spécial, ne protégeait qu'un intérêt privé, celui des pharmaciens. De là les peines rigoureuses qui frappent les épiciers, les droguistes et les charlatans, dès qu'ils vendent des drogues au poids médicinal, et l'ommission de toute pénalité à l'égard des hommes de l'art qui commettent la même contravention. La société, on le répète, n'avait intérêt à réprimer que la première de ces infractions; la dernière ne blessant qu'un intérêt particulier, ne pouvait donner lieu qu'à une action civile.

Il résulte de ce qui précède, qu'il n'existe de véritable omission dans les pénalités de la loi, qu'en ce qui concerne la vente des médicamens par les particuliers ; cette lacune est fâcheuse, elle peut donner lieu à de graves abus, et toutefois cette infraction dans un grand nombre de cas peut rentrer dans les prévisions soit de l'art. 33, si le vendeur a une boutique, soit de l'art. 36, s'il vend sur la voie publique. Quant aux communautés qui feraient ce débit, nous ne doutons pas qu'elles ne doivent être assimilées à des droguistes, puisqu'elles ont un dépôt de drogues. Mais à l'égard des hommes de l'art qui commettent la même contravention, il n'existe aucune peine et il ne doit en exister aucune ; ils sont tenus seulement de réparer le préjudice qu'ils ont pu causer par une vente illicite.

La loi consacre le monopole des pharmaciens ; elle porte la prohibition formelle de vendre des médicamens, à l'exception des cas qu'elle a prévus. Il en résulte que, même dans les cas où aucune peine ne serait applicable, les tribunaux doivent défendre tout établissement ouvert en infraction aux dispositions de la loi et en ordonner la fermeture. Il en résulte encore que, dans tous les cas, les pharmaciens qui se trouvent lésés par l'infraction ont la faculté de poursuivre en justice les individus, quels qu'ils soient, qui vendent des médicamens sans titre légal et de demander contre eux des dommages-intérêts.

Cette poursuite, qui doit être faite devant les tribunaux correctionnels, puisqu'il s'agit d'une infraction réputée délit par la loi, a donné lieu récemment à quelques difficultés. On contestait aux pharmaciens le droit de se constituer parties civiles et de porter plainte contre ceux qui se livraient à la vente illicite des médicamens. Plusieurs Cours royales ont jugé dans ce sens, en se fondant sur ce que les pharmaciens ne peuvent justifier, à l'appui de leur plainte, d'un dommage réel et appréciable ; que les prohibitions ne sont établies que dans l'intérêt général de la santé publique et non dans l'intérêt mercantile des pharmaciens ; enfin que les infractions de cette nature ne peuvent être poursuivies que d'office par le ministère public. Mais cette opinion n'a pas prévalu. La concurrence illégale, a-t-on dit, de ceux qui sont en dehors de cette profession, porte atteinte à l'ordre public et aussi à l'intérêt privé. Cet intérêt privé est incontestable : premièrement sous le rapport matériel, car toute concurrence est nuisible; mais à côté de cet intérêt matériel, et en première ligne, se place un intérêt moral pour chaque pharmacien, car chacun d'eux est intéressé à ce que sa profession ne soit exercée qu'honorablement par des personnes ayant les con-

naissances que la loi exige et en ayant justifié, de peur que les fâcheux effets de l'ignorance, du charlatisme, des ventes illicites de drogues et de remèdes secrets, ne retombent sur les pharmaciens, le peuple imputant l'abus de la profession à ceux mêmes qui l'exercent légalement et consciencieusement. L'action des pharmaciens, à part et avant l'intérêt pécuniaire, poursuit donc la réparation d'un préjudice tout moral; la conservation de l'honneur et de l'exercice consciencieux de la profession. C'est conformément à cette doctrine que la Cour de cassation a jugé, par un arrêt solennel du 15 juin 1833, que les pharmaciens étaient recevables à porter plainte et à se constituer parties civiles contre les individus qui se livrent à un débit illicite de drogues. Ce point paraît aujourd'hui à l'abri de toute contestation. F. H.

Congestion cérébrale mortelle survenue dans une rixe. Observation communiquée par M. LECADRE, docteur en médecine au Havre.

Le 30 juin 1833, deux rouliers cheminaient ensemble sur la route du Havre à Rouen; en partant, ils avaient fait un repas copieux et avaient bu outre mesure. Arrivés à trois lieues du Havre, ces deux hommes se prirent de querelle; des menaces, ils en vinrent aux coups : le nommé Leg...., quoique d'une force athlétique, fut renversé par son adversaire qui était d'une constitution assez faible, et ne se releva plus. Des personnes placées peu au loin, ne le voyant plus remuer, allèrent à lui et le trouvèrent mort. N.... fut arrêté aussitôt, et la justice fut informée. La mort avait eu lieu à midi; l'autopsie fut faite au soir, en présence du procureur du roi et du juge d'instruction du tribunal de première instance du Havre. Voici le rapport auquel elle donna lieu :

« Nous soussigné, docteur en médecine, etc., sur la réquisition de, etc., nous sommes transporté ce jour à, etc., à l'effet d'y constater le genre de décès du nommé Leg..., roulier, trouvé mort sur la voie publique six heures auparavant; nous avons procédé tout aussitôt à l'examen du cadavre.

» Cinq pieds environ; constitution musculaire très-prononcée; cheveux roux; vultuosité de la face, du cou et de la partie antérieure de la poitrine; excoriation légère à la partie supérieure et interne de la cuisse droite; ecchymose à la peau des bourses; aucune autre trace de sévices; pupilles dilatées; yeux injectés; lèvres violettes; pâleur de la muqueuse buccale et de la langue; flaccidité des membres; reste de chaleur vitale au tronc.

» Le système veineux général, fortement rempli d'un sang noir et diffluent; larynx et trachée sains.

» *Au thorax :* poumons sains, crépitans, légèrement engorgés de sang noir à leur partie postérieure; cœur plus gros que le poing du sujet; cavités gauches vides de sang, cavités droites remplies de sang noir, l'oreillette droite principalement.

» *Dans l'abdomen* : diaphragme sans lésion aucune; arborisation sanguine à l'extérieur de l'estomac et des intestins; estomac rempli d'alimens à moitié digérés et d'un mélange de vin rouge et d'eau-de-vie; duodénum et intestin grêle remplis de matières chyleuses; vacuité des gros intestins; injection de la muqueuse des intestins grêles principalement. Engorgement du foie, de la rate, des reins même. Vésicule du fiel remplie d'une bile très-verte. Vessie pleine d'urine. L'ecchymose du scrotum ne dépasse pas la peau; les testicules sont parfaitement sains.

» *A la tête* : dure-mère fortement adhérente aux os; sinus de cette membrane remplis d'un sang très-noir; injection très-vive de l'arachnoïde; quelques gouttelettes de sang s'échappent à la section du cerveau; cet organe, le cervelet et la protubérance annulaire ne présentent aucune altération ni aucune rupture de vaisseaux; les ventricules contiennent peu de sérosité, la moelle de l'épine est parfaitement intacte.

» De cet examen, tant intérieur qu'extérieur, nous concluons 1° que la mort de Leg.... a été le résultat d'une congestion subite dans les vaisseaux de la tête, espèce d'apoplexie sans épanchement, qui, par la compression qu'elle a occasionée, a paralysé l'action du cerveau, et par suite celle des poumons et du cœur; 2° que les causes de cette congestion, à laquelle ledit Leg... était prédisposé par le volume de son cœur, ont été la colère, la plénitude de l'estomac, l'ivresse, la position déclive de la tête à l'instant qu'il a été terrassé, et peut-être même le poids de son adversaire sur le thorax; 3° qu'il n'existe sur le corps aucune trace de violence extérieure qui puisse expliquer cette mort foudroyante; 4° que la contusion des testicules, qui a eu lieu du vivant de Leg..., peut fort bien l'avoir abattu sans amener aucun autre préjudice.

« En foi de quoi, etc. »

Sur ce rapport, N.... ne tarda pas à être relâché. Deux choses dans cette observation de médecine légale doivent attirer l'attention. Premièrement la rareté du fait pathologique, rareté tellement grande, que beaucoup de praticiens ont nié, contre l'avis de Morgagni, de Cullen, que la mort pût avoir lieu par un simple *coup de sang*. Secondement, la coïncidence de la rixe et de la mort chez Leg.... ; coïncidence qui pouvait être terrible pour N..., si l'anatomie pathologique n'était venue éclairer le médecin et les magistrats.

Observations sur l'emploi du deuto-chlorure de mercure contre l'ophthalmie ; par M. FUZET DUPOUGET fils, Médecin inspecteur des eaux thermales de Saint-Laurent-les-Bains.

Ayant lu dans la *Gazette de Santé* (15 décembre 1828, pag. 277) que M. Bally, médecin de l'hospice de la Pitié, à Paris, disait avoir employé avec succès le deuto-chlorure de mercure en dissolution dans l'eau distillée, contre les ophthalmies, soit aiguës soit chroniques, je conçus le projet de mettre en usage ce collyre dès que l'occasion s'en présenterait. Je n'attendis pas long-temps; le 6 janvier 1829, la femme Salel, de Drôme ou de Lablachère, canton de Joyeuse, département de l'Ardèche, vint me consulter pour une inflammation intense de la conjonctive

de l'œil gauche ; elle lui était survenue, disait-elle, depuis six jours après la transition subite d'une température très-chaude à une atmosphère extrêmement froide. La maladie allait chaque jour en croissant, et le malade ne pouvait supporter nullement l'impression de la lumière, il lui semblait avoir l'œil rempli de graviers ; les vaisseaux qui parcourent la conjonctive étaient très-engorgés. J'hésitai un instant si je ne mettrais pas en usage le traitement antiphlogistique, qui était bien indiqué ; mais je me décidai pour le moyen vanté par M. Bally ; je fis dissoudre quatre grains de sublimé dans quatre onces d'eau distillée, et je prescrivis à la malade de se baigner l'œil de douze à trente fois par jour dans ce collyre ; je conseillai, en outre, un bain de jambe tiède matin et soir. Le 9 janvier, troisième jour du traitement, je revis la femme Salel, qui se trouvait presque guérie ; il n'existait qu'une légère inflammation vers l'angle externe de l'œil ; l'impression de la lumière était bien supportée, et la sensation des graviers n'existait plus. Je fis continuer les bains locaux avec la solution de sublimé, et le sixième jour, l'œil de cette femme ne présentait pas la moindre altération. Je fus étonné d'un succès aussi prompt, que la méthode antiphlogistique n'aurait pas obtenu, peut-être, en aussi peu de temps, et je me promis bien de répéter encore cette expérience dès que le cas viendrait s'offrir dans ma pratique.

IIe *Observation.* — Le 22 février 1829, Joseph Roure, de Chaulet, canton des Vans, d'un tempérament sanguin, bilieux, maigre, d'une petite taille, jouissant habituellement d'une bonne santé, vint réclamer mes soins pour une ophthalmie affectant les deux yeux depuis trente-neuf jours. Cette maladie s'était développée peu à peu après une partie de pêche faite dans la nuit, et étant éclairée par une torche qui répandait une vive lumière. Le malade avait employé inutilement l'application réitérée des sangsues aux tempes, des collyres ou applications émollientes, un vésicatoire à la nuque ; tous ces moyens avaient été sans succès. Je trouvai une inflammation à peu près égale aux deux yeux ; mais j'observai une tache située sur la cornée transparente de l'œil droit, vers la partie externe de l'iris, et à demi-ligne de son bord ; elle avait l'étendue d'un grain de millet. Cet œil était plus souffrant, et la sensation de gravier s'y faisait plus sentir que dans le gauche, il sécrétait une humeur claire et chaude ; la vue était extrêmement trouble.

Quoique cette ophthalmie eût passé à l'état chronique, je mis en usage les bains locaux de solution de deuto-chlorure de mercure, toujours dans les proportions d'un grain de sublimé par once d'eau distillée ; je conseillai aussi d'entretenir la suppuration du vésicatoire de la nuque, qui fluait depuis vingt jours. Le malade fut mis à un régime rafraîchissant. Je le vis tous les jours ; et ce ne fut que le huitième jour du traitement que j'observai une diminution bien sensible dans la maladie. Le treizième jour on ne retrouvait plus d'inflammation ; l'albugo avait resté stationnaire et la vue de cet œil était encore trouble ; mais ayant mis en usage la pommade de Janin pendant seize jours ; il ne resta plus de tache, et la vue se rétablit entièrement.

L'effet du sublimé est incontestable dans ces deux observations ; je pourrais citer au moins vingt-cinq autres cas semblables ; mais je crois que c'est inutile, car aujourd'hui on est bien d'accord sur la manière d'agir de ce sel dans les inflammations des yeux. Plusieurs de mes confrères qui exercent la médecine dans les villes voisines, à qui j'avais conseillé d'employer ce médicament, en ont obtenu tout comme moi de très-bons effets, dans les ophthalmies chroniques ou aiguës. Je pourrai donc, si on le désire, donner d'autres circonstances ; je ne l'ai pas fait, attendu que je n'ai pas voulu abuser de la complaisance de mes lecteurs.

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS.

JUIN 1834.

N° DU 6.

PATHOGÉNIE.

MÉMOIRE SUR LA PARALYSIE, *ou choix d'observations recueillies dans les salles de clinique médicale de la Pitié*, par Auguste BOYER, ex-chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

> La vérité tout entière ne fut jamais le partage des opinions exclusives.
>
> LALLEMAND, *lettres sur les maladies de l'encéph.*

Rien ne prouve mieux les progrès que l'anatomie-pathologique a fait faire à la science que l'étude des affections cérébrales. L'obscurité, qui régna si long-temps sur leur nature, s'est presque enfin entièrement dissipée par les efforts de la médecine organique. Cette doctrine, en ne considérant dans l'homme que les organes et les fonctions, a été conduite à chercher l'explication de tous les désordres fonctionnels par les lésions matérielles des tissus. Les services que ses recherches ont rendus à la pathologie sont immenses, mais que ses pompeuses promesses sont loin d'être accomplies ! Combien de maladies échappent encore dans leur essence à notre investigation ! Combien la nature se plaît à compliquer le problème et à nous montrer notre ignorance !

Cependant, un grand nombre d'affections que nos devanciers attribuaient naguère aux aberrations du principe de la vie, ont trouvé place dans les cadres nosologiques à côté de celles que les altérations matérielles les plus palpables tiennent sous leur dépendance. Ces découvertes font espérer à des esprits positifs qu'avec du soin, du zèle et de la perspicacité le plus grand nombre des lésions de fonctions seront expliquées un jour par les altérations des organes dont le jeu entretient la vie. C'est beaucoup augurer de l'intelligence des hommes ! Mais n'anticipons pas sur l'avenir, l'observation des faits actuels doit seule nous occuper.

Pour bien concevoir tous les phénomènes qui se rattachent à la paralysie, le cerveau doit être considéré comme un organe multiple. A chacune des parties qui le constituent répondra une fonction : ainsi la portion de la pulpe cérébrale qui présidera au mouvement, ne sera pas la même que celle d'où émane l'intelligence, et les mouvemens de chaque région du corps auront un centre particulier d'action. Quelques exemples doivent suffire pour mettre cette vérité dans tout son jour. Voyez ce maniaque ; il se meut avec une agilité extrême, rien n'égale la dextérité et la souplesse de ses membres, et cependant ses facultés intellectuelles sont dans un désordre effrayant. Dira-t-on que la même partie du cerveau préside chez lui aux mouvemens et à l'intelligence ? N'est-il pas facile de mouvoir aussi un bras indépendamment de la jambe et réciproquement ? Ces deux extrémités ont donc un organe particulier d'où dépend leur motilité.

Ces réflexions si naturelles déterminèrent plusieurs auteurs recommandables à chercher dans le cerveau les différentes parties qui mettent en jeu des actions si diverses. Des autopsies nombreuses apprirent à M. Foville que l'altération de la substance corticale coïncidait toujours avec le désordre de l'intelligence, tandis que les lésions du mouvement accompagnaient toujours les altérations des parties centrales de l'encéphale ; il ne fut pas aussi facile de préciser d'une manière certaine les portions de la substance cérébrale présidant à la motilité des membres pelviens et thoraciques ; aussi, les observations de MM. Foville et Pinel-Grandchamp sont encore bien conjecturales. Il résulterait de leurs recherches que la couche des nerfs optiques tiendrait sous sa dépendance les mouvemens des extrémités supérieures, et les corps striés commanderaient à ceux des extrémités inférieures.

Sans professer ici la doctrine du docteur Gall, nous croyons devoir admettre dans le cerveau un centre particulier pour chacun de nos sens. L'observation journalière prouve, en effet, que des individus sourds par suite d'affections cérébrales conservent néanmoins toute l'intégrité de leur vue ; de même que des personnes privées du goût et de l'odorat ont cependant la faculté de jouir des autres sens, souvent même à un degré plus développé. M. Foville, toujours ingénieux dans ses explications, admet enfin des nerfs afférens et efférens se rendant et partant de l'encéphale pour aller se ramifier aux diverses régions du corps. Les premiers transmettent aux organes les volontés du cerveau, les seconds lui apportent les sensations multiples qu'il doit percevoir.

Cette digression nous a paru nécessaire pour l'appréciation des divers phénomènes de la paralysie. Nous avons dû entrer dans ces détails par la conviction acquise que chaque système pathologique refluait, pour ainsi dire, sur la thérapeutique et lui imprimait son cachet ; grande vérité qui trouve une application toute directe dans la spécialité qui nous occupe.

La paralysie fut long-temps considérée comme une maladie essentielle, et par ce mot nous devons entendre un dés-

ordre fonctionnel, ne laissant après lui aucune trace sensible. Pinel, Hallé, Bichat, adoptèrent cette opinion, et de nos jours encore elle compte de nombreux partisans. Des auteurs superficiels ont mal interprété les paroles de ce dernier écrivain, en lui attribuant les idées qui font la base de la médecine organique.

Pour ce médecin célèbre, les propriétés vitales sont toujours préexistantes à l'organisation qui en est la conséquence. Le principe de vie est à l'organe ce que la cause est à l'effet; et lorsqu'un trait de génie échappé à Vicq-d'Azir lui fit émettre une opinion contraire, notre Bichat la réfuta comme une grave erreur. Le mémoire de Hallé sur la paralysie prouve jusqu'à la dernière évidence, qu'il la regardait comme dépendant toujours d'une lésion des propriétés vitales, puisqu'il choisit indistinctement 51 paralytiques pour les soumettre tous au même traitement, l'influence de l'électricité, médication dont le succès est toujours incertain. Ces fausses conséquences thérapeutiques découlaient nécessairement des idées peu exactes que nos devanciers s'étaient faites de la paralysie; nous montrerons dans ce mémoire que les causes de cette lésion pouvant varier, son traitement ne saurait être assujéti à des règles invariables.

La paralysie est générale ou locale, elle fournit des données pathogéniques différentes suivant sa marche et sa durée.

Si le cerveau est un organe multiple, si les mouvemens de chaque partie du corps correspondent à une position particulière de son parenchyme, la paralysie étant générale, elle deviendra l'indice d'une altération occupant tout l'encéphale. Observons néanmoins que cette proposition envisagée d'une manière trop exclusive pourrait induire notre diagnostic en erreur. Il n'est pas rare de voir une paralysie générale coïncider avec l'altération d'un seul hémisphère cérébral. On conçoit, en effet, qu'une large hémorrhagie envahissant un seul lobe du cerveau produise ce phénomène, par la compression que ce dernier exerce sur l'hémisphère resté sain. L'épanchement sanguin peut encore par sa violence faire irruption dans les ventricules et déterminer les mêmes accidens; tâchons d'appuyer le précepte par l'exemple, et ne négligeons pas d'ouvrir le grand livre de la nature.

Obs. I.—Il est entré au n° 4 de la salle des femmes, hôpital de la Pitié, service de M. Rostan, une femme âgée d'environ 63 ans, sans connaissance, qui a succombé pendant l'examen du professeur. L'état de santé parfaite dans lequel elle se trouvait avant ce dernier accident, la perte instantanée de la motilité et de la sensibilité de ses extrémités pelviennes et thoraciques, tout portait à croire à l'existence d'une large hémorrhagie cérébrale dans les hémisphères du cerveau.

En procédant à l'ouverture du cadavre de cette femme, on remarqua qu'une large ecchymose siégeait sur les parties latérales droites de la tête. Au-dessous de cette lésion, les os du crâne étaient fracturés. Les signes de cette blessure dénotaient assez qu'elle avait eu lieu pendant le vivant de la femme; aussi, M. Rostan pensa-t-il que la médecine légale pouvait à bon droit réclamer dans ce cas son investigation, et l'autopsie fut différée de quarante-huit heures. Après ce laps de temps, la cavité crânienne fut ouverte, et le cerveau présenta les désordres suivans : Une énorme caverne, remplie de caillots sanguins, occupe une grande partie de l'hémisphère droit; elle a plusieurs pouces d'étendue, et les parois de sa cavité sont ramollies; la pulpe cérébrale qui les constitue est comme imbibée d'une matière rouge et entièrement broyée. En divisant les caillots de sang, on trouve dans leur intérieur des parcelles de cette substance encéphalique triturée.

Cette observation est curieuse sous tous les rapports. Remarquons d'abord que la fracture est du côté de l'épanchement; cependant la paralysie a dû frapper les membres du côté gauche, et la chute du corps sur cette partie paraissait inévitable. Si le contraire s'est manifesté, c'est que l'hémiplégie s'établit quelquefois en même temps que la perte de connaissance; le malade tombe alors indistinctement en tous sens. Mais si la perte de connaissance ne coïncide pas avec la paralysie, l'apoplectique sent se dérober sous lui le côté hémiplégique, sur lequel il croule comme une masse inerte. Observons enfin que l'hémorrhagie cérébrale a fait irruption dans les ventricules, et que l'hémisphère sain a dû nécessairement souffrir de la violence de cet épanchement sanguin. S'il en est ainsi, une paralysie générale était inévitable, et les phénomènes observés ont été rationnels.

Une seconde proposition qui découle comme conséquence nécessaire des principes établis, c'est que la paralysie devra frapper tous les membres lorsque l'épanchement sanguin occupera la partie centrale du cerveau, et surtout sa protubérance annulaire. Si le praticien peut observer le malade au moment même de l'accident, il remarquera que la paralysie, avant de devenir générale, est d'abord locale. Ce phénomène se manifeste même à la suite de larges hémorrhagies, de telle sorte qu'il est facile de préciser alors le lieu où s'est fait l'épanchement. Aussi, le médecin exercé est-il rarement embarrassé pour diagnostiquer le siége et l'étendue de l'hémorrhagie cérébrale, lorsqu'il est appelé dès le début de la maladie. Les apoplexies centrales elles-mêmes, qui amènent une résolution prompte et complète des membres, sont précédées quelquefois de symptômes locaux.

La congestion cérébrale donne aussi lieu à la paralysie partielle ou générale, et on pourrait confondre cette dernière affection avec l'hémorrhagie, si, dans la marche des symptômes, on ne trouvait des signes différentiels bien tranchés. La simple congestion cérébrale ne produit jamais une paralysie permanente; elle se dissipe ordinairement le troisième jour après les premiers accidens, tandis que dans l'hémorrhagie cérébrale la paralysie persiste long-temps et fait même quelquefois de nouveaux progrès. L'apoplexie n'est jamais foudroyante, c'est-à-dire elle n'éteint pas la vie instantanément. L'opinion contraire est trop accréditée chez le peuple, et même auprès de plusieurs médecins, pour ne pas la réfuter. De nombreuses autopsies prouvent que les morts subites reconnaissent ordinairement pour cause une maladie du cœur. Si l'hémorrhagie cérébrale a déterminé quelquefois une catastrophe aussi brusque, ces exemples doivent être rangés parmi les cas exceptionnels. M. Rostan observe que des épanchemens sanguins et considérables dans la moelle allongée peuvent cependant donner lieu à un accident aussi prompt.

Les auteurs ont reconnu depuis un temps immémorial que l'hémisphère gauche du cerveau présidait aux mouvemens des extrémités droites, tandis que celui du côté droit tenait

sous sa dépendance la motilité des extrémités gauches du corps. Ainsi donc, suivant le siége des diverses altérations cérébrales, la perte du mouvement frappera les membres thoraciques ou pelviens. Si ces derniers sont seuls affectés, on dit qu'il existe une paraplégie. Cette dernière affection coïncide presque toujours avec les altérations de la moelle épinière. Néanmoins, lorsque la paralysie n'occupe qu'une seule des extrémités pelviennes, M. Rostan attribue ce phénomène à une lésion encéphalique. Il fonde ses opinions sur l'impossibilité d'altération d'un des côtés de la moelle, sans que le côté opposé participe à la même affection. Le peu de volume et le peu d'épaisseur des parties contenues dans le canal rachidien, semblent motiver cette assertion. En effet, il est peu rationnel de penser qu'une congestion capable de comprimer les nerfs qui partent des parties latérales de cet organe, n'impressionne pas aussi de la même manière ceux du côté opposé. Le professeur que nous venons de citer rapporte plusieurs cas de ce genre, où il a trouvé raison des désordres fonctionnels dans un des hémisphères cérébraux, sans rencontrer une seule fois des altérations sensibles dans le canal rachidien. Cette opinion est pourtant controversée. L'auteur des lettres sur l'encéphale a consigné dans son ouvrage une observation qui établit positivement une altération de la moelle épinière déterminant la paralysie d'un seul membre pelvien. M. Rochoux prétend, d'après sa propre expérience et celle de ses devanciers, que la paralysie peut se borner à une portion plus ou moins étendue d'un des côtés du corps quand une portion de la moelle est affectée, et qu'elle a lieu sur les nerfs du mouvement ou sur ceux du sentiment, suivant que le mal occupe la partie antérieure ou la partie postérieure de l'axe médullaire. En présence d'opinions aussi divergentes soutenues par des capacités d'un égal mérite, nous suivrons l'exemple de ce philosophe qui, dans le doute, s'abstenait (1).

La paralysie peut être croisée, c'est-à-dire occuper les membres opposés du corps, de telle sorte que la perte du mouvement du bras droit, par exemple, coïncidera avec celle de la jambe gauche, et réciproquement. Pour expliquer ce phénomène, il faut supposer une altération double siégeant en même temps dans chacune des parties du cerveau qui président au mouvement des extrémités malades. Quoique ces deux lésions existent simultanément, elles n'ont pas coïncidé dans leur début : l'une d'elles a précédé nécessairement l'autre, qui ne s'est déclarée qu'après un laps de temps plus ou moins considérable.

Non-seulement la paralysie offre des phénomènes curieux par son action sur les membres qui exécutent des mouvemens, mais encore par les modifications qu'elle imprime aux autres organes. Le jeu de la langue a fixé de tout temps l'attention des médecins, et nous sommes loin encore de pouvoir apprécier tous les signes qu'elle fournit dans les maladies de l'encéphale. On a cherché d'abord à préciser dans le cerveau la partie de cet organe qui présidait à ses mouvemens : l'altération des cornes d'Ammon fut observée par M. Foville dans tous les cas de paralysie de la langue, d'où cet auteur conclut qu'elles commandent aux mouvemens de cet organe.

M. Bouillaud remarque au contraire que les lobules antérieurs du cerveau sont toujours lésés lorsque, dans les phénomènes de paralysie, la parole est embarrassée. Les opinions de ces deux auteurs recommandables n'influent en rien sur la thérapeutique : nous pouvons attendre qu'une plus longue expérience prononce, avant de les adopter.

La paralysie est donc souvent l'indice des affections cérébrales, mais c'est dans sa marche et sa durée que nous devons puiser des notions sur la nature de ces lésions. Il est rare que, par les phénomènes qui l'accompagnent, on ne puisse déterminer d'une manière précise l'étendue et l'essence de la maladie. Avouons néanmoins que dans les altérations chroniques de l'encéphale, il est souvent difficile d'asseoir un diagnostic certain. Mais ce même embarras se retrouve dans l'appréciation des phénomènes de toutes les maladies chroniques des autres organes. Les signes commémoratifs deviennent alors de la plus haute importance ; ils concourent à l'explication des faits enveloppés d'une obscurité complète. Dans les maladies du cerveau surtout, sans commémoratifs, il est souvent impossible de déterminer la nature de l'altération ; et si l'on réfléchit à la difficulté d'obtenir dans les hôpitaux tous les renseignemens nécessaires pour l'appréciation de la maladie, on ne sera plus surpris des erreurs de diagnostic qui s'y commettent chaque jour.

La marche et la durée de la paralysie, disons-nous, peuvent nous faire connaître la nature de l'altération qui lui donne naissance. Si son invasion est brusque, elle est l'indice d'une hémorrhagie cérébrale ; si elle est lente et graduée, elle décèle une encéphalite ou un état de ramollissement de la pulpe cérébrale. Dans ce dernier cas, les symptômes hémiplégiques vont toujours croissant, tandis qu'ils s'amendent et se dissipent même quelquefois dans les simples congestions ou les hémorrhagies du cerveau. La paralysie n'étant que passagère, elle ne saurait être sous la dépendance d'aucune lésion matérielle de l'encéphale. Excluant alors toutes les altérations connues de cet organe qui produisent la paralysie persistante, ou simplifie singulièrement le problème, et à l'aide de quelques signes patognomoniques il devient très-facile de diagnostiquer la maladie. Si l'hémiplégie ne dure que quelques heures ou deux ou trois jours, si elle cède ou s'améliore promptement sous l'influence des moyens thérapeutiques qu'on lui oppose, on peut affirmer qu'une congestion cérébrale violente l'avait déterminée. Au contraire, la paralysie persiste-t-elle long-temps, fait-elle de nouveaux progrès, son pronostic devient fâcheux, et dans cette altération fonctionnelle profonde, il faut reconnaître une altération profonde du cerveau. Une hémiplégie qui se manifeste lentement, précédée d'étourdissemens, de douleurs dans le côté de la tête opposé à celui de la paralysie, de vertiges, de tremblemens, de raideurs, de crampes, de contractures des membres, de soubresauts de tendons, de fourmillemens, dénote un ramollissement inflammatoire ou non de la substance cérébrale.

La durée de la paralysie donne aussi des signes non équivoques sur le degré d'acuité ou de chronicité de l'affection qui la produit. Toute hémiplégie qui ne dure que peu de temps, dénote une altération aiguë de l'encéphale, tandis qu'elle est liée à une lésion chronique de cet organe si elle persiste pendant long-temps.

Néanmoins l'hémiplégie peut enchaîner indéfiniment les

(1) Les expériences sur les animaux vivans produisent des résultats aussi contradictoires. (*N. du R.*)

mouvemens d'un des côtés du corps, sans qu'il existe un travail morbide qui l'entretienne. L'anatomie pathologique n'est pas restée si lenciense sur ce phénomène singulier, et voici l'explication qu'elle donne de ce fait : A la suite d'une hémorrhagie brusque dans le cerveau, la pulpe de cet organe, dont la texture est si molle, est pour ainsi dire broyée par l'action mécanique de l'épanchement sanguin. La nature établit bientôt un travail éliminatoire autour de ce caillot ; il est pris par les absorbans qui entraînent avec lui la matière encéphalique triturée. Un vide s'opère donc dans la substance cérébrale, un kiste s'y organise ; et si la perte de substance est considérable, les mouvemens des extrémités auxquelles elle présidait s'exécutent incomplétement.

Obs. II. — Au n° 12 de la salle des femmes se trouve une malade âgée de 60 ans, qui fut admise à l'hôpital de la Pitié, le 6 janvier 1834. Depuis quinze jours, elle éprouvait de la gêne dans les mouvemens des extrémités droites ; des fourmillemens, des douleurs, même sensibles, s'étaient manifestées dans ces régions, lorsque tout à coup, sans cause appréciable, elle perdit entièrement connaissance, il fut facile alors de diagnostiquer l'hémorrhagie cérébrale ; mais nous ne pûmes apprécier d'une manière certaine si un ramollissement avait précédé l'épanchement sanguin. La paralysie était partielle ; son apparition brusque était un des meilleurs signes de l'hémorrhagie des hémisphères cérébraux. Si les altérations observées sur le cadavre peuvent nous faire présumer les désordres fonctionnels qui se sont manifestés pendant la vie, la lésion des fonctions nous indique réciproquement la nature de l'altération organique. Or, en interrogeant les faits antérieurs, il ne reste plus de doute à notre esprit sur l'impossibilité des ramollissemens du cerveau à suivre une marche rétrograde. La paralysie, conséquence de cette altération, loin de le dissiper, fait de nouveaux progrès, et comme chez cette malade les symptômes se sont amendés depuis l'accident, qu'elle conserve toute l'intégrité de son intelligence, nous ne doutons pas qu'une hémorrhagie cérébrale dans l'hémisphère gauche du cerveau n'ait donné lieu à cette hémiplégie du côté droit.

C'est ici le lieu d'observer, que toutes les maladies ne se dessinent pas toujours par l'ensemble des traits qui les caractérisent. Elles suivent alors une marche insidieuse, et dans ce cas, notre diagnostic erre souvent incertain. Ces lésions dites latentes et que M. Rostan désigne sous le nom d'anormales parce qu'elles ne se traduisent pas au-dehors par leurs caractères propres et tranchés, se manifestent aussi dans les maladies du cerveau ; une longue habitude devient alors indispensable pous les bien juger. La paralysie peut encore dépendre de l'inflammation des méninges ; elle s'annonce alors par des convulsions, s'établit graduellement et reste souvent incomplète. Un traitement énergique triomphe facilement de cette méningite et la paralysie disparaît avec elle. Dans le ramollissement du cerveau le malade paraît voué à une mort certaine ; telle est du moins l'opinion du professeur Rostan, qui n'a jamais vu de guérison dans les cas nombreux de ramollissement qu'il a observés. Cependant l'auteur des lettres sur l'encéphale, auquel on ne saurait refuser un esprit observateur, en cite un exemple, mais ce seul fait que la science possède ne peut détruire une opinion généralement adoptée.

Toutes ces assertions relatives au pronostic et diagnostic des paralysies souffrent encore des nombreuses exceptions. Il n'est pas rare qu'après une résolution complète des membres le mouvement se rétablisse peu à peu ; on pronostique alors une solution heureuse de la maladie, et quelques jours après, elle emporte le malade. La nature ici n'est pas en défaut, mais notre jugement. Cet amendement passager observé dans les symptômes semblait nous promettre que l'hémorrhagie cérébrale se résorbait sous l'influence de l'action énergique des absorbans, mais nous n'avions pas prévu qu'une inflammation plus ou moins vive s'emparerait de la pulpe cérébrale et donnerait lieu à un ramollissement incurable.

Obs. III. — Au n° 7 de la salle des hommes, hôpital de la Pitié, se trouve un malade âgé de 63 ans, qui a éprouvé plusieurs attaques successives de paralysie déterminées par des hémorrhagies cérébrales. Des évacuations sanguines fréquentes et abondantes ont amendé tous les symptômes. L'hémiplégie qui restait gauche s'est presque entièrement dissipée ; mais la sensibilité des membres est encore très-obtuse ; elle n'a pas suivi les degrés d'amélioration survenus dans la motilité. Il est rare de voir les extrémités privées du sentiment conserver la faculté de se mouvoir. On en cite cependant quelques exemples ; celui de La Condamine n'aura pas fui de la mémoire de nos lecteurs. Quel pronostic porterons-nous sur ce malade ? N'est-il pas à craindre que de nouvelles hémorrhagies se déclarent et n'amènent la mort ? Des soins hygiéniques, un régime sévère, un repos absolu long-temps continué, peuvent éloigner la catastrophe ; mais si la prédisposition de cet individu triomphe, nous ne doutons pas que l'autopsie présente des traces des altérations cérébrales qui se sont succédées pour faire naître et entretenir la paralysie.

J'assistai dernièrement à l'ouverture du cadavre d'une jeune femme qui avait succombé, dans les salles cliniques du professeur Rostan, à une affection tuberculeuse du poumon avec carie des vertèbres dorsales. Quinze mois auparavant elle avait été frappée d'une hémiplégie qui s'était dissipée peu à peu par les soins assidus qu'elle avait reçus. Nous espérâmes trouver dans le cerveau les traces de cette première altération, et notre attente ne fut pas trompée. Une cicatrice apparente décelait le siége que l'hémorrhagie avait occupé. On trouve ordinairement à la place du caillot de sang, soit un kyste séreux, soit une ligne blanchâtre oblongue entourée d'une portion de parenchyme un peu indurée d'un blanc mat et criant sous le scalpel.

Il n'est pas aussi commun d'observer les paralysies dans l'âge adulte que pendant les dernières années de la vie. On pense communément qu'elle se manifeste le plus souvent de 60 à 70 ans. Cette opinion basée sur le calcul est loin d'avoir un degré d'exactitude nécessaire pour emporter conviction. M. Rostan, par sa position à la Salpêtrière, a pu vérifier la valeur de cette assertion.

D'après un relevé fait avec beaucoup de soin il reste démontré que les hémorrhagies cérébrales, et par conséquent les paralysies sont dans leur fréquence en raison directe de l'âge. Si le chiffre de ceux qu'elle a frappés de 60 à 70 ans est plus fort que celui provenant du nombre des paralytiques de 70 à 80 par exemple, cette différence est relative à la diminution de la population, car l'homme ne dépasse pas souvent un terme aussi avancé de la vieillesse. Laissons d'ail-

leurs tous ces calculs mathématiques qui dans l'appréciation des maladies multiplieront nos causes d'erreur ; le raisonnement prouve que plus on est âgé et plus les chances d'hémorrhagies cérébrales sont grandes. Cette affection, en effet, n'est-elle pas sous la dépendance de la facilité avec laquelle les artères se rompent, et l'ossification des vaisseaux, triste apanage de la vieillesse, ne favorise-t-elle pas cette fatale prédisposition ?

Une question qui n'est pas sans intérêt, est celle de savoir quelle est l'influence de la paralysie sur les facultés intellectuelles. Ces deux altérations peuvent se déclarer simultanément comme aussi se manifester indépendamment l'une de l'autre. Néanmoins, toutes les fois que la paralysie est générale, qu'elle survient d'une manière brusque et instantanée, le malade ne conserve pas son intelligence. Soit que l'hémorrhagie cérébrale occupe en même temps les deux hémisphères cérébraux, soit qu'elle siége à la partie centrale de l'encéphale, cette règle générale n'a pas souffert encore d'exceptions. Une observation récente recueillie dans les salles de clinique de la Pitié, au service de M. le professeur Rostan, semble contredire cette proposition. Les détails qu'elle présente sont assez curieux pour trouver place dans ce mémoire.

Obs. IV. — Il est entré au n° 11 de la salle des hommes un malade âgé de 64 ans. Il raconte avec clarté et précision toutes les circonstances qui ont précédé ou accompagné sa maladie. Depuis quelque temps, il éprouvait des crampes, des fourmillemens incommodes dans les extrémités digitales ; il lui devenait quelquefois impossible de saisir les objets, qui souvent même lui échappaient des mains. Cependant il vaquait toujours à ses occupations ordinaires de concierge, lorsque tout à coup, se rendant chez lui, il tombe dans la rue sans connaissance. Il ne peut déterminer aucune cause appréciable de cet accident, et depuis les membres supérieurs et inférieurs des deux côtés se sont paralysés. L'impossibilité de tout mouvement est surtout marquée aux extrémités thoraciques. Avant sont entrée à l'hospice, le 26 avril, le malade a repris ses sens sous l'influence d'un traitement énergique auquel il avait été soumis ; une large saignée du bras et des sinapismes sur les membres perclus avaient formé la base de cette médication. A la visite du matin, l'examen de ce malade fournit tous les indices d'une affection cérébrale, mais il n'est pas facile de préciser la nature de cette altération. La paralysie est générale, et cependant l'intelligence est parfaite et la sensibilité n'a rien perdu de son intégrité ; la jambe gauche seule est agitée de mouvemens convulsifs, et le malade se plaint de tiraillemens, de douleurs vives dans cette partie. Le professeur prescrit une application de 20 sangsues à la partie interne des cuisses, vu l'impossibilité de les poser à l'anus, à cause des souffrances intolérables que tout mouvement imprime au malade. Son état reste stationnaire pendant les trois jours suivans ; des boissons, rendues purgatives par l'addition de la crême de tartre soluble, procurent quelques évacuations alvines sans aucun amendement.

Le 30, la langue du malade est sèche ; l'examen des organes contenus dans les diverses cavités n'offre rien de remarquable ; le pouls bat 70 pulsations par minute ; les membres thoraciques sont infiltrés ; des escarres gangréneuses se manifestent au sacrum et aux coudes ; le délire se déclare dans la nuit.

Le 1er mai, la situation du malade empire ; ses fonctions s'altèrent ; il meurt dans la matinée du 2.

A l'ouverture du cadavre, vingt-huit heures après la mort, on trouve dans la cavité crânienne une méningite assez intense, avec de légères adhérences des membranes avec la pulpe cérébrale. L'aspect du cerveau présente une teinte brunâtre qui caractérise cet organe chez les vieillards. La substance corticale est molle et injectée dans différens points ; la portion blanche présente aussi moins de consistance que dans l'état normal ; elle offre une couleur rosée qui semble indiquer qu'elle a été le siége d'une congestion sanguine assez intense. Les ventricules latéraux contiennent un peu de sérosité rougeâtre ; mais la principale altération se trouve dans les lobules postérieurs du cerveau ; un ramollissement considérable occupe la partie inférieure de chacun d'eux, et cette double lésion explique d'une manière satisfaisante la paralysie générale. Le canal rachidien a été ouvert, et la moelle s'est présentée comme diffluente. En un mot, tout le système cérébro-spinal présentait les traces d'une altération sensible ; le cervelet lui-même était injecté dans différens points de son étendue. Les organes contenus dans les autres cavités n'ont rien offert d'anormal.

Cette observation nous oblige à faire une légère excursion sur le domaine de la thérapeutique. Dans les maladies de l'encéphale où les saignées sont indiquées, doit-on les pratiquer près du siége de l'altération, ou faut-il employer des émissions sanguines dérivatives ? Le savant mémoire de Barthez sur les fluxions est bien propre à éclairer cette question. Cet auteur recommandable a prouvé que les liquides ont une tendance manifeste à s'accumuler vers le lieu d'où on les soustrait. Si donc la paralysie reconnaît pour cause une congestion cérébrale violente, des saignées dérivatives dissiperont cette fluxion, tandis qu'elles en augmenteraient l'intensité si elles agissaient trop près du siége du mal. Cependant lorsque la congestion vers l'encéphale comprime cet organe avec assez de force pour menacer d'anéantir la fonction, lorsque l'hémorrhagie cérébrale a fait irruption dans les hémisphères et détermine des accidens qui mettent la vie du malade en danger, la première indication est de soulager promptement la masse encéphalique, et les émissions sanguines locales occupent alors le premier rang.

Nous remarquerons encore que la lésion principale du cerveau siégeait aux tubercules postérieurs, et que la paralysie était surtout complète aux extrémités thoraciques. Cette coïncidence vient à l'appui de l'opinion de ceux qui prétendent que cette portion de la pulpe cérébrale préside aux mouvemens des membres supérieurs. La paralysie générale survenue instantanément était de nature à faire croire à l'existence d'une hémorrhagie centrale ou d'une double hémorrhagie ; mais il n'existe aucun exemple dans les fastes de la science, où cette altération ait été observée sans dérangement des facultés intellectuelles. Les mouvemens convulsifs qui agitaient la jambe gauche, dénotaient assez qu'un travail inflammatoire occupait une assez forte étendue de la pulpe cérébrale. Les signes commémoratifs et la marche même de la maladie devaient enfin confirmer ce diagnostic. Dans les symptômes précurseurs on retrouvait en

effet tous les caractères qui annoncent le ramollissement du cerveau, et les progrès de la paralysie sans amélioration passagère, ajoutaient une nouvelle probabilité à cette conjecture.

Tous ces divers phénomènes hémiplégiques que nous avons énumérés, peuvent, avons-nous dit, nous faire distinguer les maladies chroniques du cerveau de celles qui se présentent à l'état aigu ; mais la difficulté n'est vaincue qu'à demi, si l'on ne précise pas la nature même de cette affection chronique. Avons-nous à combattre un cancer du cerveau, une tumeur fongueuse de ses membranes, des tubercules, des acéphalocistes, une chorée, etc. ? tel est le problème qui reste encore à résoudre, et sa solution n'est pas toujours facile. Cependant chacune de ces altérations est empreinte d'un cachet particulier à l'aide duquel le praticien exercé parviendra à la reconnaître. Ainsi, la paralysie déterminée par un cancer qui comprime l'encéphale, est caractérisée par des douleurs lancinantes qui se déclarent dans les membres hémiplégiques. D'ailleurs, tous les symptômes de la diathèse cancéreuse ne tardent pas à se manifester ; la peau du malade prend une teinte jaune-paille ; une fièvre lente le consume ; des douleurs lancinantes se font ressentir dans la cavité crânienne, et tous ces signes réunis ne décèlent que trop l'essence de la maladie. Les tubercules qui se développent et s'enflamment dans la pulpe cérébrale, donnent rarement lieu à des symptômes tranchés capables d'éveiller le doute sur leur existence. Cependant, comme ils coïncident toujours avec des affections tuberculeuses siégeant dans les organes contenus dans d'autres cavités, on soupçonne quelquefois facilement leur présence dans l'encéphale.

D'après le rapport de plusieurs auteurs célèbres, il est constant que la paralysie ne se manifeste pas toujours à la suite des altérations chroniques du cerveau. Louis, dans son mémoire sur les tumeurs fongueuses de la dure-mère, ne cite que deux cas où ces lésions ont été accompagnées de symptômes hémiplégiques. Pour se rendre raison de ce phénomène, il faut remarquer que, dans toutes les maladies, l'influence de l'habitude joue un très-grand rôle. Telle altération qui se développe lentement dans un organe, n'impressionne nullement la fonction qu'il exécute, tandis qu'elle donne naissance aux désordres fonctionnels les plus graves, si elle a marché avec rapidité. Un exemple fort simple éclaircira cette question : Si vous plongez votre corps dans un bain à 36 degrés, il vous sera impossible de supporter cette chaleur sans en être vivement incommodé ; mais si vous ne prenez l'eau qu'à 25 degrés, vous pourrez graduellement augmenter la température et la porter très-haut sans que vos organes souffrent de son impression. Telle est l'image fidèle de ce qui se passe dans les maladies chroniques ; la cause délétère agissant avec une extrême lenteur, il n'est pas surprenant de voir l'économie s'accoutumer à son action, et les fonctions n'en ressentir que des atteintes légères.

La dernière proposition qui se présente à notre examen, a de tout temps captivé l'attention des pathologistes : La paralysie dépend-elle toujours d'une lésion physique de l'appareil nerveux ? Les principes que nous avons posés ont fait pressentir sans doute notre opinion à ce sujet ; les détails dans lesquels nous allons entrer confirmeront de plus en plus nos assertions.

La paralysie reconnaît pour cause, soit une altération probable de l'appareil nerveux, soit une modification particulière de l'organisme, ne laissant après elle aucune trace susceptible d'être aperçue par nos sens. Tantôt cette lésion occupe l'organe moteur, tantôt celui qui transmet le mouvement ; elle s'observe enfin dans la partie qui l'exécute. Dans la première de ces divisions se groupent toutes les altérations encéphaliques capables de déterminer la paralysie, et nous en avons signalé un très-grand nombre. Les faits qui prouvent que la paralysie peut dépendre d'une altération de l'organe qui transmet le mouvement, quoique plus rares, se présentent néanmoins quelquefois à l'observation. On cite des cas d'hémiplégie d'un membre entretenue par la compression qu'une tumeur fibreuse ou carcinomateuse exerçait sur le nerf principal de cette région. Un exemple que nous allons rapporter prouve enfin qu'une paralysie peut être idiopathique.

Obs. V. — Il est couché au n° 12 de la salle des hommes, hôpital de la Pitié, un malade âgé de 69 ans ; il fut renversé, il y a deux mois, par une violence extérieure, et dans sa chute il se démit le bras gauche. Cette luxation ne fut réduite que long-temps après l'accident et d'une manière incomplète. Aussi, le malade éprouve-t-il de grandes difficultés à mouvoir ce membre, qui n'a perdu, au reste, en rien de sa sensibilité. Le 23 avril, il fut pris dans la nuit d'un besoin pressant d'uriner, il se lève, mais la jambe gauche se refuse à tout mouvement. Depuis lors, la paralysie persiste sans aucune lésion de la sensibilité. Toutes les facultés intellectuelles conservent leur intégrité parfaite ; rien dans les fonctions de l'économie n'annonce une lésion viscérale. Le côté droit du corps jouit d'une liberté pleine et entière des mouvemens.

C'est à dessein que nous avons choisi cette observation, à cause des difficultés de diagnostic qu'elle présente. Que penser de la perte du mouvement du bras gauche ? Le récit du malade peut-il infirmer le jugement qui attribue cette paralysie à la luxation déterminée par la chute sur cette partie ? ou bien une hémorrhagie cérébrale a-t-elle coïncidé avec ce premier accident, et la paralysie existe-t-elle sous sa dépendance ? Cette dernière version paraît très-probable, si l'on réfléchit à la perte du mouvement, qui n'a pas tardé à frapper le membre pelvien du même côté. Nul doute que cette dernière paralysie ne soit occasionée par un épanchement peu considérable de sang dans l'hémisphère droit du cerveau, et cependant aucune lésion mécanique n'est venue hâter cet accident. Peut-être de nouveaux renseignemens ou d'autres signes commémoratifs éclaircirons ce fait ; qu'il nous suffise d'avoir établi que la paralysie dépend quelquefois de l'altération de la partie qui exécute le mouvement. Des déformations dans les os, un délabrement considérable des muscles, sont autant de causes de ce phénomène, que nous pourrions invoquer si nous ne craignions de trop multiplier nos exemples.

Il est des paralysies qui ne laissent après elles aucune trace sensible de leur existence, soit dans l'organe moteur, soit dans celui qui transmet le mouvement, soit enfin dans celui qui l'exécute. Toute hémiplégie n'est pas aussi un indice certain d'une altération de la pulpe cérébrale ; elle reconnaît quelquefois pour cause une maladie du cœur. Dans ce cas,

la circulation est dérangée, et la distribution du fluide sanguin dans tous les organes, pour les vivifier, se fait avec irrégularité; souvent même elle cesse complétement. On conçoit alors que si l'un des hémisphères cérébraux ne reçoit plus la quantité nécessaire de sang pour l'entretien de sa fonction, elle cesse entièrement, tandis que l'hémisphère à côté continue d'agir avec plus ou moins d'énergie. Telle est l'explication que M. Rostan a donnée de cette paralysie; mais cette dernière n'est pas la seule qui se manifeste en dehors de toute lésion encéphalique; il en existe une variété qui trop souvent est un signe précurseur d'une mort prochaine, et qu'on pourrait désigner sous le nom d'hémiplégie des agonisans; elle arrive dans ces derniers momens de lutte de la vie contre la mort, et tout observateur superficiel pourrait la considérer comme un effet de l'apoplexie. On présume qu'elle dépend d'une modification quelconque survenue dans la pulpe cérébrale. Est-il toujours certain que ce vice d'innervation ne laisse aucun vestige d'altération après la mort. Aussi plusieurs auteurs soutiennent que la paralysie est une maladie essentielle, qu'elle existe très-souvent sans coïncider avec des lésions organiques, et qu'on ne peut se refuser de les admettre en présence des observations nombreuses qui tous les jours frappent nos regards. Nous respectons toutes les croyances, à plus forte raison celle qui s'appuie sur les faits, et qui compte au nombre de ses défenseurs les premières célébrités médicales qui ont existé dans le siècle passé. Les observations que les auteurs apportent sont concluantes, mais l'explication qu'ils en donnent est loin de satisfaire entièrement l'esprit. Soutenir que partout où la paralysie existera sans désordre matériel d'organes, elle sera liée aux aberrations du principe de la vie, nous paraît aussi problématique que de prétendre que ces altérations existent réellement, quoiqu'elles échappent à tous nos moyens d'investigation.

Après avoir parcouru les diverses paralysies liées à de véritables lésions organiques, nous en signalerons un certain nombre indépendantes de toute altération appréciable : je veux parler des hémiplégies que détermine l'action du fluide électrique. Tous les médecins savent que les parties du corps soumises à l'influence de l'électricité, sont paralysées sous certaines conditions. A la suite de cette expérience, le regard le plus scrutateur ne saurait découvrir dans les nerfs le moindre changement de texture, la moindre trace de souffrance. Des exemples plus frappans encore, et qui mériteraient chacun une histoire particulière, corroborent cette assertion. Qui n'a observé ces paralysies se manifestant quelquefois dans la colique de plomb, à la suite de l'abus des boissons alcooliques, pendant l'accès des fièvres intermittentes pernicieuses, par la présence des vers dans le conduit intestinal, etc., etc. Le scalpel de l'anatomiste le plus distingué n'a pas encore donné raison de ce désordre fonctionnel. Mais rien, à notre avis, ne prouve mieux la possibilité des paralysies dites nerveuses, que les effets du magnétisme sur l'économie animale. Dans l'extase magnétique, on peut à volonté paralyser, même par la pensée, les différentes régions du corps du patient soumis à l'expérience. Nous n'entreprendrons pas de donner l'explication de ce phénomène, l'aveu de notre incapacité ne nous coûte rien. Si l'on nous oppose l'incrédulité à ce fait merveilleux, nous répondrons que la voie de l'expérimentation est ouverte à tout le monde.

A. Boyer.

PATHOLOGIE SPÉCIALE.

Recherches sur les tubercules des reins, par le professeur Ammon, *de Dresde.*

Les tubercules des reins ont jusqu'à présent peu fixé l'attention des observateurs; peu d'auteurs en font mention.

Kœnig, l'auteur du traité le plus récent sur les maladies des reins (1), a recueilli les observations éparses en y ajoutant quelques cas tirés de sa propre expérience. MM. Baillie, Amussat et Cruveilhier en ont parlé très-succinctement; les deux derniers en indiquant seulement qu'ils ont eu occasion d'en voir, et le premier en disant que les tubercules qu'il avait trouvés une fois dans les reins, et une autre fois dans la capsule surrénale, étaient une affection très-rare. Ayant eu occasion d'observer moi-même, dans un très-court espace de temps, plusieurs cas de tubercules des reins, je crois qu'en raison du peu d'observations recueillies jusqu'à présent, et de la gravité de la maladie, le travail que je présente ici ne sera pas sans quelque utilité.

Obs. I. Francisque H., âgée de 3 ans et demi, née d'une mère morte de phthisie tuberculeuse, portant elle-même tous les caractères d'un état scrophuleux-rachitique très-avancé, fut présentée à la polyclinique de Dresde au mois de septembre 1829. L'abdomen était très-tuméfié, surtout du côté gauche : à l'exploration de cette cavité, le professeur Ammon découvrit une tumeur de la grosseur d'un poing, située profondément dans la région lombaire iliaque gauche, ne se laissant point déplacer et douloureuse à la pression; le corps de l'enfant, quand elle marchait, était penché à gauche et en avant; et décrivait en arrière et à droite une ligne courbe convexe. L'absence de toute altération de fonctions dans les organes environnans, comme la rate, l'estomac, le colon transverse; la figure bosselée et réniforme de la tumeur, sa situation profonde, le trouble survenu dans la sécrétion des urines, leur incontinence, tout indiquait une lésion du rein gauche. Prenant en considération la diathèse scrophuleuse de la malade, le professeur de Dresde annonça que cette lésion devait consister dans un dépôt de matière tuberculeuse dans l'organe affecté.

Les premiers symptômes d'une affection des voies urinaires ne s'étaient déclarés que depuis environ 8 jours, à la suite d'une chute que l'enfant fit d'une chaise peu élevée. La malade éprouva dès le premier jour des douleurs dans la région hypogastrique, qui se dissipèrent de nouveau et sans aucun traitement. A dater de la même époque, l'incontinence des urines avait commencé à se manifester; cel-

---

(1) Practische Abhandlung über die Kranhhaiten der Nieren durch Krankheils-fælle erlœutert. Leipzig, bei Knobloch. 1626, in 8°, p. 204—219.

les-ci s'écoulaient involontairement chaque fois que l'enfant se mettait à rire.

La diathèse scrophuleuse et la lésion locale du rein, qui pouvait en être considérée comme la suite, étaient déjà trop avancées pour qu'on pût songer à aucun autre traitement qu'à un traitement palliatif. Dans ce but, on prescrivit une diète convenable et des alimens de facile digestion; on ordonna des frictions d'onguent de digitale et d'althéa, l'application de cataplasmes narcotico-émolliens. A l'intérieur, un mélange de chiendent avec une solution de terre folliée de tartre. Plus tard on donna l'éthiops minéral avec l'écorce d'orange à dose réfractée. sous l'influence de cette médication, la tumeur du côté gauche diminua sensiblement, et l'état général de la malade parut même s'amender; il ne restait plus qu'un peu d'incontinence d'urine avec ténesme et prurit au col de la vessie. Mais ces symptômes finirent également par disparaître.

Cet état de mieux-être se soutint près de 8 semaines. Mais à la mi-décembre, la tumeur rénale devint de nouveau le siége de douleurs de plus en plus vives, s'accompagnant par intervalles de vomissemens et de mouvemens fébriles. La tumeur elle-même était revenue à son volume primitif. L'administration à l'intérieur d'antiphlogistiques doux, l'application sur l'hypocondre gauche de sangsues, de cataplasmes narcotiques, et plus tard d'un emplâtre de jusquiame, calmèrent les douleurs et produisirent le dégonflement des parties autour de la tumeur. Celle-ci apparut alors d'une manière distincte et on put facilement saisir ses bosselures, sa forme et ses bords, dont l'un extérieur convexe et l'autre intérieur concave. Il est à remarquer qu'à la disparition, des accidens inflammatoires succédait presque toujours un état catarrhal avec diarrhée. Pendant le mois de janvier, l'état de la petite malade avait été assez satisfaisant : vers la fin, il survint une faim canine. Une indiscrétion de régime réveilla la fièvre, qui se montra par accès aux heures de la seconde digestion : diathèse scrophuleuse plus prononcée, tumeur rénale augmentée, mais restant toujours indolente la plupart du temps; les veines des tégumens du dos et de l'abdomen, qui la recouvrent, sont plus dilatées et d'une teinte plus bleuâtre; démarche incertaine, vacillante; le corps est maintenant penché à gauche et en arrière; selles rares et seulement au moyen de lavemens ou de doux purgatifs. Depuis deux mois la sécrétion des urines n'a présenté aucune irrégularité.

Vers la fin de février nouvel arrêt dans la marche de la maladie et dans la croissance de la tumeur. On crut le moment favorable pour essayer les frictions d'iode; mais il fallut bientôt y renoncer, car la tumeur devint brûlante, très-douloureuse, et augmenta à vue d'œil. Fièvre, perte d'appétit, tristesse, morosité. On reprend la solution de terre folliée de tartre; sangsues et cataplasmes narcotiques. Les accidens inflammatoires se dissipent, mais la tumeur est loin de diminuer. Le 10 avril elle a acquis un volume considérable; elle s'étend, d'une part, depuis les vertèbres lombaires jusqu'à la région ombilicale, et de l'autre, depuis les fausses côtes jusqu'à l'os des iles.

Pendant le mois de mai, l'enfant ayant été transporté dans une habitation plus salubre, semble se remettre un peu; mais dès le 3 juin le mal fait de nouveaux et de rapides progrès; l'amaigrissement du corps et la faiblesse sont extrêmes; la tumeur s'est encore accrue; elle est plus dure et plus bosselée; elle dépasse maintenant la ligne blanche; elle s'enfonce en haut, sous les fausses côtes qu'elle soulève, jusque dans la région cardiaque, et en bas jusqu'au-delà de la crête de l'iléon. Ventre ballonné; le rein droit paraît également augmenté de volume, mais sans bosselure.

La sécrétion des urines se fait d'une manière régulière, mais celles-ci répandent une mauvaise odeur et laissent déposer, après quelques heures, un sédiment briqueté, muqueux, de couleur jaune paille. Fièvre hectique, pouls petit, accéléré, sueurs colliquatives.

Le 28, perte subite de connaissance, contorsion des yeux, mouvemens convulsifs dans toute la moitié gauche du corps, bouche resserrée et couverte d'écume; face bleue, yeux hagards, respiration spasmodique. A 10 heures et demie du soir, mort.

Nécroscopie faite le lendemain matin.

Cavité pectorale. Sérosité du péricarde en assez grande quantité; liquide rouge remplissant en abondance les cavités du thorax; parenchyme pulmonaire sain, sans tubercules; cœur flasque.

Cavité abdominale contenant un peu de sérosité; en repliant les parois, on aperçut de suite l'énorme tumeur formée par le rein gauche, altéré dans sa substance; elle refoulait devant elle le colon transverse et le colon descendant, qui était appliqué sur sa face antérieure; du volume d'une tête d'enfant, elle remplissait toute la cavité abdominale gauche et avait formé des adhérences avec les côtes et les vertèbres, adhérences qu'on eut de la peine à détruire.

La tumeur, détachée de tous côtés, était ronde, sphérique, mais présentant encore çà et là des vestiges de la figure primitive du rein. En la comprimant, on sentit une fluctuation assez notable. Après l'avoir incisée dans sa partie moyenne, on vit que tout le parenchyme du rein avait subi une dégénérescence tuberculeuse; les calices très-dilatés étaient faciles à apercevoir; la masse tuberculeuse était jaune et ramollie, mais sans vaisseaux ni épanchement sanguins; l'uretère gauche était bosselé, ses parois épaissies et recouvertes çà et là, à l'extérieur, de tubercules isolés qu'enveloppait une membrane celluleuse; le canal interne était oblitéré.

Le rein droit était augmenté de volume et ramolli, mais sans tubercules; on voyait par contre cette matière déposée le long des artères et veines émulgentes.

Obs. II. — R. K***, âgée de 49 ans, éprouvait depuis quelques années des symptômes d'hystérie très-fréquens. Au commencement de 1830, il s'y était joint des phénomènes indiquant une lésion particulière des voies urinaires. La malade était en proie à un ténesme continuel; l'émission des urines, extrêmement douloureuse, ne se faisait que goutte à goutte; les urines, conservées dans un vase, se troublaient et laissaient déposer un sédiment muqueux d'un blanc grisâtre, paraissant parfois contenir un peu de cruor. Les extrémités inférieures étaient le siége de tiraillemens qui alternaient avec une sensation de froid, et des tranchées se faisaient de temps en temps sentir dans le bas-ventre. En

explorant la vessie, on la trouva presque vide, et il ne s'écoula par la sonde que quelques cuillerées d'une urine épaisse de couleur jaune-paille; la surface interne de la vessie parut très-boursouflée. Cependant on n'y trouva ni concrétions pierreuses, ni autres excroissances, et la sonde, après avoir été retirée de la vessie, ne présenta aucune trace de sang ni de pus; mais en introduisant la sonde, l'explorateur découvrit immédiatement au-dessous des grandes lèvres, du côté gauche, à l'origine du grand adducteur, une tumeur molle, de la grosseur d'un œuf, recouverte à l'extérieur par la peau, dont l'aspect n'avait nullement changé, et conservant toujours le même volume, quels que fussent les mouvemens ou les efforts auxquels se livrait la malade.

On ne pouvait méconnaître une affection des voies urinaires, malgré le cortége de symptômes hystériques qui auraient pu obscurcir le diagnostic; mais les signes d'une affection du rein n'étaient point aussi certains. En effet, il n'y avait guère que le sentiment de tiraillement et d'engourdissement dans les cuisses qui pouvait mettre sur la voie d'une pareille lésion.

L'usage d'une infusion théiforme de feuilles de basserolle, de mélisse et de racines de valériane, qui avait déjà produit de bons effets, parvint à enrayer de nouveau, et pour quatre semaines, les symptômes de l'affection des voies urinaires; mais au bout de ce temps, retour subit des accidens précédens; les urines se troublèrent, et de jaunâtres qu'elles avaient été devinrent sanguinolentes; la région du rein était tout-à-fait sans douleurs; la malade rapportait toutes ses souffrances au col de la vessie et à l'orifice de l'urètre.

L'emploi d'émulsions, de boissons mucilagineuses, le repos et l'usage d'un thé pectoral avec addition de feuilles de basserole, amenèrent un nouveau mieux-être qui se soutint jusqu'à la mi-mars. A cette époque, il survint une affection catarrhale qui précéda de quelques jours l'invasion d'une phthisie aiguë, à laquelle la malade succomba au bout de quatre semaines.

Il est à remarquer que, pendant le cours de cette dernière maladie, les douleurs du côté de la vessie diminuèrent considérablement, sans toutefois disparaître entièrement. La tumeur de la cuisse avait également perdu de son volume.

Nécroscopie faite 24 heures après la mort.

Cavité thoracique. Adhérences entre les plèvres costales et pulmonaires; tout le parenchyme des poumons était farci de tubercules de volume et de couleur variables, durs pour la plupart. Cœur flasque et recouvert à sa pointe d'une masse gélatineuse.

Cavité abdominale contenant à peu près trois litres de sérosité; pancréas volumineux, dure et jaune, adhérent par sa tête au rein gauche.

Le rein gauche avait acquis le double de son volume; la substance mamelonnée était développée au point que l'organe paraissait composé de plusieurs lobules demi-sphériques; on y remarquait une grande fluctuation. L'uretère gauche, une fois plus gros qu'à l'état sain, présentait un diamètre d'un demi-pouce; ses parois, depuis son origine jusqu'à son embouchure dans la vessie, étaient très-dures. A l'endroit où il touche l'ovaire, il était entouré, ainsi que ce dernier organe, d'une masse conglomérée; son canal n'était ni rétréci ni oblitéré.

Le parenchyme du rein était converti en une masse de tubercules de différens volumes, allant depuis le grain de millet jusqu'à la grosseur d'une aveline, séparés entre eux par des bandes étroites et irrégulières, formées aux dépens de la substance corticale restée saine. Les plus petits, situés superficiellement, étaient à l'état de crudité et jaunâtres; les plus gros étaient ramollis et formaient une masse puriforme qui remplissait les calices, ressemblant ainsi à de petites cavernes de forme pyramidale.

Le rein droit était augmenté de volume, mais point dur; l'uretère de ce côté adhérait à l'ovaire; ses parois étaient épaisses et dures, son canal ouvert. La vessie, très-petite, avait ses membranes épaissies, et la muqueuse relâchée était gorgée de sang, mais sans ulcération; l'organe entier adhérait à l'utérus, qui était petit, ferme et blanchâtre.

La tumeur, située à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche, était fixée par une bande tendineuse aux tubérosités de la symphyse du pubis, et de là s'étendait jusqu'au trou obturateur gauche; elle était formée par une poche fibro-séreuse contenant quelques onces d'une substance stéatomateuse.

Obs III. — Un étudiant en médecine âgé de 19 ans, à dispositions scrophuleuses, après avoir été affecté de toutes les maladies de l'enfance, et même de la variole, quoiqu'il eût été vacciné, avait eu, pendant la convalescence de cette dernière affection, une entérite, à la suite de laquelle il avait conservé une dyspepsie accompagnée d'une douleur fixe à l'estomac, pouvant s'accroître parfois jusqu'à provoquer des vomissemens. Le malade était habituellement constipé. A la fin de 1830, il vint consulter le professeur Ammon pour une douleur dans la région de la rate et une hématurie qui s'était manifestée pour la première fois en 1828, après un échauffement. Depuis cette époque, l'hématurie s'était reproduite d'intervalle en intervalle, mais toujours après une constipation long-temps soutenue. Le malade rendait tantôt du sang, tantôt une urine épaisse de couleur jaune-paille. La région rénale gauche était le siége d'une tumeur de forme bossolée et du volume d'une pomme. Jusqu'au mois d'août 1830, les douleurs avaient été légères ou avaient promptement cédé à l'emploi d'émissions sanguines locales, de rafraîchissans et d'émulsions. Vers cette époque, les douleurs rénales s'accrurent subitement et s'accompagnèrent d'une fièvre intense; elles devinrent périodiques, souvent elles se propagèrent le long de l'uretère gauche jusqu'à la vessie, où elles se transformaient en une sorte de prurit qui se faisait sentir à l'orifice de l'urètre. La cuisse gauche devint en même temps le siége d'une sensation d'engourdissement qui s'étendait souvent jusqu'au pied. Il n'était pas rare non plus de voir les douleurs du rein gagner le scrotum, qui était alors rétracté vers l'anneau inguinal. Le malade tenait son corps penché en avant et à gauche. Le sang rendu par les urines, qui s'écoulaient avec un sentiment de strangurie, ne se décomposait qu'après quelques heures de repos et était mêlé à de petits flocons blanchâtres.

Ces différens symptômes, la forme de la tumeur, la disposition scrophuleuse du malade, et surtout le dépôt abon-

dant de couleur jaune-paille, firent diagnostiquer une affection tuberculeuse du rein gauche.

Ici encore les antiphlogistiques doux et les calmans, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, produisirent de bons effets comme moyens palliatifs. Les frictions iodurées furent de nouveau essayées, mais avec le même résultat fâcheux que dans le premier cas. Le calomel produisit une salivation excessive; le gonflement inflammatoire et la suppuration des gencives du côté gauche en même temps que des douleurs insupportables.

Au mois de novembre il survint une paralysie des extrémités inférieures qui furent bientôt privées de mouvement et de sentiment. Il s'y joignit une rétention d'urine alternant parfois avec une incontinence.

Quelques semaines après le développement de la paralysie, les urines étaient devenues de plus en plus âcres et alcalescentes; elles déposaient constamment, après 10 à 12 heures de repos, une grande quantité de sang et de sédiment jaunâtre. Plus tard, il survint une inflammation à l'orifice de l'urètre un ulcère et un œdème du prépuce. Enfin le 5 février 1831, le malade succomba avec tous les caractères d'une fièvre hectique et au dernier degré de marasme.

Nécroscopie.

Cavité thoracique. — Plèvre adhérente au poumon gauche qui était iarcie d'une quantité de tubercules de grandeur, de forme et de consistance variable. Il existait une caverne au sommet. Poumon droit exsangue et parsemé de tubercules miliaires.

Cavité abdominale. — Tous les viscères, à l'exception du rein gauche, de son uretère et de la vessie exsangues; rétrécissement sans induration à certains endroits des intestins grêles.

Le rein gauche, du volume d'une tête d'enfant d'un an, présentait çà et là quelques bosselures. A l'examen extérieur, la tumeur parut fluctuante, comme cela arrive pour les tumeurs fongueuses. En incisant, on trouva une dégénérescence lardacée de tout le parenchyme, entremêlée, surtout à son centre, de tubercules grands et petits, durs ou ramollis. L'uretère était oblitéré, mais non épaissi.

Obs. IV. — C. S., femme mariée âgé de 50 ans, se présente, au mois de décembre 1832, à la polyclinique de Dresde, avec tous les symptômes d'une phthisie tuberculeuse commençante, unie à une affection du cœur. Elle était en outre affectée d'un prolapsus partiel du vagin, et éprouvait de la difficulté dans l'émission des urines, avec tenesme et parfois incontinence. Bientôt il survint un œdème des pieds et une hydropisie ascite. Le nitre en émulsion, l'eau de laurier-cerise, l'infusion légère de digitale et d'ipécacuanha avec le sel ammoniac, la liqueur de terre foliée de tartre, les émissions sanguines, les épispastiques, les dérivatifs, etc., produisirent bien quelque soulagement, mais ce ne fut que momentanément. La mort arriva encore le 28 du même mois.

Nécroscopie.

Cavité thoracique. — Adhérence contre nature du sternum, avec le médiastin antérieur; adhérence intime du poumon droit avec la plèvre costale; poumon gauche libre, mais plus rempli, et surtout à son lobe droit, de substance tuberculeuse, que celui du côté opposé. Parenchyme des poumons mou, pâle, verdâtre.

Péricarde contenant 2 onces d'un liquide jaunâtre; cœur gros, d'une substance musculaire ferme et épaisse; grande veine coronaire et autres veines du cœur dilatées et gorgées de sang; oreillette droite également dilatée, remplie d'un sang épais et d'une masse conglomérée, jaunâtre, analogue à de la graisse; sang caillé remplissant les deux ventricules; substance interne ferme, mais pâle.

Cavité abdominale contenant plusieurs livres d'une sérosité jaunâtre; grand épiploon dépourvu de graisse et parcouru par beaucoup de vaisseaux variqueux fort volumineux et pâles; vaisseaux hépatiques gorgés de sang; estomac grand et météorisé.

Rétrécissement de certains passages des intestins grêles, dont les vaisseaux étaient variqueux et comme injectés.

Dureté presque ligamenteuse de l'appendice vermiforme; rétrécissement de tout le colon, avec épaississement pour ainsi dire tendineux de ses parois.

Rein droit sain.

Rein gauche de consistance plus molle, renfermant une masse puriforme, verdâtre, dont une partie s'échappa à la première incision. Le centre de l'organe est rempli en grande partie de substance tuberculeuse logée pour ainsi dire dans des capsules ligamenteuses d'où s'écoulait le pus verdâtre dont nous venons de parler. Dans les intervalles des tubercules on remarquait des raies brunes. Substance corticale très-ramollie et laissant voir distinctement à sa surface interne l'origine des pyramides de Ferrien.

De l'histoire de ces différens cas, le professeur Ammon fait ressortir les considérations suivantes:

Les tubercules des reins sont l'expression locale d'une dyscrasie particulière appelée *dyscrasie tuberculeuse.*

Avec les tubercules rénaux, il s'en développe presque toujours d'autres dans d'autres organes, et principalement dans les poumons, auxquels succombent ordinairement les malades.

Leur présence influe diversement, d'après les divers stades, sur la fonction du rein; mais cette influence est en général celle qu'exerce tout produit nouveau développé dans cet organe.

Les tubercules peuvent se former dans des reins sains comme dans des reins malades, mais plus souvent dans le rein gauche que dans le droit, sans qu'on puisse assigner de cause à cette particularité. Ils commencent le plus souvent à se développer au centre de l'organe.

Les poumons deviennent-ils le siége d'une affection tuberculeuse, les accidens du côté du rein se taisent pendant quelque temps, ce que l'on reconnait surtout par l'absence du sédiment jaunâtre dans les urines; mais au bout de quelque temps ils reparaissent avec un nouveau degré de force.

La dégénérescence tuberculeuse des reins exerce une action sympathique très-remarquable sur les fonctions des organes environnans.

Les phénomènes qui accompagnent le développement

et la formation des tubercules rénaux sont généraux et locaux.

1° *Phénomènes généraux* : peau d'un jaune terne, lâche, sans turgescence ni chaleur vitale, souvent mouillée par une sueur visqueuse, rare; physionomie triste, hypochondrique, même chez les enfans; irritation inflammatoire; sécheresse ou état catarrhal des muqueuses se trahissant par une toux sèche ou humide, par une constipation opiniâtre ou une diarrhée, par une sécheresse de la membrane nasale ou un écoulement abondant. Souvent, chez les femmes, des phènoménes hystériques qui partent des reins ou des organes génitaux internes. Ces phénomènes paraissent devoir être rattachés à la position particulière que prend le corps, position déjà marquée, au début de l'affection rénale, mais bien plus prononcée dans les dernières périodes, surtout quand à la dégénérescence tuberculeuse il s'est joint une augmentation de volume du rein. En effet, afin de s'alléger un peu le poids de la tumeur, le malade se penche en avant du côté malade et tend de plus en plus la colonne vertébrale en arrière, du côté sain, de sorte que la portion lombaire de la colonne s'affaisse peu à peu dans cette dernière direction, ce qui lui donne véritablement la forme de lardose. L'auteur ne prétend cependant point que cette forme soit plus particulière à l'affection tuberculeuse qu'à tout autre accroissement morbide des reins.

2° *Symptômes locaux*. Il est à remarquer que, du moins au début de la maladie, ces symptômes ne se manifestent point dans le rein même, mais dans la vessie et l'urètre. Les malades que le professeur Ammon eut occasion d'observer se plaignirent d'abord d'un prurit à l'orifice de l'urètre et d'un ténesme vésical, alternant avec une incontinence d'urines. Ces phénomènes sympathiques, qui ont leur siége dans la muqueuse, offrent quelque analogie avec le prurit que l'on ressent à la base du nez ou à la marge de l'anus, dans l'helmintialis ou dans une affection saburrale.

En résulte-t-il, en admettant qu'une affection d'une membrane se trahit volontiers par une irritation sympathique de ses extrémités, que les tubercules se développent dans la muqueuse des reins, ou bien les symptômes provenant de la muqueuse qui tapisse le col de la vessie et l'extrémité de l'urètre ne sont-ils que le produit d'une irritation de cette membrane par une urine âcre et chargée de matière tuberculeuse ramollie? Quoi qu'il en soit, cette urine est un des signes les plus importans de l'affection tuberculeuse des reins. Elle est d'un jaune paille, séreuse; son émission est accompagnée d'ardeur et de ténesme au col de la vessie; après quelques heures elle laisse déposer un sédiment furfuracé, clair, de la couleur des tubercules; elle se montre déjà telle au commencement et reste de même pendant tout le cours de la maladie; cependant le sédiment peut manquer quelques jours, mais il se montre bientôt de nouveau en plus grande abondance aux époques où les tubercules passent de l'état de crudité à celui de ramollissement. Dans l'affection tuberculeuse pure, l'urine est sans mélange de sang, qui manque rarement, au contraire, quand la matière tuberculeuse s'est développée dans un rein déjà malade. Un autre symptôme local de la dégénérescence tuberculeuse, dont le diagnostic n'est pas sans difficulté, c'est la tumeur située dans la région du *rein*, et qu'on peut souvent confondre avec une lésion de l'estomac, de la rate, du foie, du mésocolon, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS (Avril 1833).

I. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Revue des cas observés pendant le cours de clinique (1832 *et* 1833) *à l'infirmerie royale d'Édimbourg*, par le docteur CRAIGIE.

Cette revue contient des observations et des recherches pleines d'intérêt sur plusieurs points des études cliniques; mais la plupart n'étant pas susceptible d'analyse, nous sommes obligés de les passer sous silence. Un sujet cependant a offert à l'auteur de très-amples développemens dans lesquels il nous serait presque impossible de le suivre ici. Cinquante pages consacrées à l'étude de la fièvre continue réclament plus d'espace que nous ne pouvons en accorder en ce moment; mais nous rendrons compte de cette partie du rapport du docteur Craigie en même temps que d'un ouvrage sur le même sujet que nous venons de recevoir du même pays.

Histoire d'une fièvre endémique qui a régné à la fin de 1833 *à Templemore, comté de Tipperari en Irlande*, Par R. POOL, médecin du 32e régiment.

Nous nous sommes contentés dans une revue précédente d'indiquer un travail du même auteur, inséré dans le numéro précédent du même journal, sur une fièvre endémique observée par lui dans une autre garnison (Limerick). Nous exposâmes alors les motifs qui ne nous permettaient pas de donner l'analyse de ce travail, appartenant complétement à la doctrine physiologique. Quelques détails dans lesquels nous allons entrer à l'occasion de celui-ci feront comprendre suffisamment que nous ne trouvons plus ici les mêmes motifs.

L'auteur reconnait toujours la même maladie dans les deux épidémies, et nous avons à peine besoin de dire la gastro-entérite, mais avec des traits particuliers dans la dernière et différens de tout ce qu'il avait observé jusqu'alors. Il est évident qu'ici il attache quelque importance aux caractères épidémiques, et sous ce rapport seul son mémoire doit déjà fixer notre attention.

Dans l'épidémie de Limerick l'auteur n'avait observé aucun symptôme très-prononcé; dans la dernière au contraire ils furent, d'après son rapport, très-tranchés, et en la parcourant nous y trouvons tous ceux attribués chez nous à l'affection typhoïde ou dothinentérite; ainsi nous trouverons peu de remarques à faire sur le diagnostic et la symptomatologie, mais le traitement nous offre un point assez important

pour que nous ne le passions sous silence. Et ici l'opinion de l'auteur, qui repose sur des faits, a d'autant plus de valeur qu'elle est en opposition avec les préceptes de la doctrine physiologique sur l'emploi de l'opium dans les fièvres continues, comme le passage suivant nous en va fournir la preuve : « Lorsque la fièvre avait duré long-temps, les malades étaient tourmentés par l'insomnie et d'autres symptômes nerveux, bien que la maladie n'offrît aucune amélioration. Alors, je me déterminai à tenter de nouveau l'emploi des sédatifs, et je fus agréablement surpris de voir survenir, du moment de leur administration, une amélioration remarquable. Dans trois cas, la langue était humide dès le lendemain ; le pouls était tombé de 10 à 12 pulsations; l'insomnie avait disparu et dans tous les cas le mouvement fébrile avait notablement diminué. Aussi l'opium me paraît, à cette époque de la maladie, avoir la même efficacité que la saignée au début. Chez aucun malade il ne détermina de constipation ni de symptômes de congestion cérébrale. Je préférais la morphine aux autres préparations d'opium et commençais à l'administrer pendant le jour à la dose d'un grain, dans l'espace de sept ou huit heures, et les malades ne tardaient pas à jouir d'un sommeil calme. »

Nous avons dit que de la description de cette maladie ressort son identité avec la fièvre typhoïde ou dothinenthérite ; nous en trouvons une preuve convaincante dans les lésions observées après la mort; il est vrai que deux autopsies seulement sont rapportées ici ; mais comme l'auteur dit expressément qu'elles suffiront pour faire connaître ce qu'ont offert les autres cas, nous devons croire que l'on a observé la même altération chez les autres sujets qui sont morts. Dans l'une il est dit que les glandes muqueuses de l'iléum étaient fortement hypertrophiées ; dans l'autre on trouva dans le même intestin une vingtaine d'ulcères où les escarres n'étaient pas encore complétement détachés.

Remarques sur le béribéri, Par W. WRIGHT, Médecin à Madras.

Les auteurs qui ont décrit cette maladie, rapportent qu'elle est spécialement bornée aux côtes du Malabar et à l'île de Ceylan. M. Wright, qui est resté pendant deux ans sur la côte de Malabar, avec de nombreuses occasions de l'observer, mêle à la description qu'il en donne de judicieuses remarques qui sont pour nous un motif de donner ici l'analyse de ce travail.

Le béribéri est le plus souvent une maladie primitive dépendant de quelques circonstances particulières au pays et au climat : elle ne débute pas soudainement, mais est précédée d'une période de préludes pendant laquelle elle offre l'apparence d'une très-légère incommodité. L'enfance et la jeunesse en sont à l'abri ; il attaque rarement les femmes.

L'auteur a observé la maladie sous trois formes particulières, l'une qu'il nomme inflammatoire, et dans laquelle les symptômes marchent avec une grande rapidité. Au début, affaiblissement des extrémités inférieures, qui augmente jusqu'à ce que le malade ne puisse plus marcher, et s'accompagne d'œdème des membres, qui devient bientôt général avec tous les phénomènes d'une maladie aiguë.

Dans la seconde forme, que l'on observe surtout à la suite d'une autre maladie, ou chez des sujets qui en ont déjà eu une atteinte, l'ascite est très-fréquente, accompagnée d'œdème général, de paralysie des extrémités inférieures, d'un pouls petit et fréquent, de constipation et d'anorexie.

Dans la troisième forme, le malade se plaint d'engourdissement des extrémités inférieures et d'une diminution de leur force, avec un peu d'œdème de ces parties, mais sans aucune augmentation de la fréquence du pouls ou de la chaleur de la peau.

L'étiologie du béribéri est peu connue. Cependant, on a remarqué que cette maladie règne spécialement vers la fin de la saison des pluies, lorsque la température de la nuit est notablement plus froide que celle du jour. Le sol de la contrée est généralement très-profond, en sorte que la plus grande partie des pluies périodiques est absorbée et n'est point entraînée par les fleuves ou les rivières. Les praticiens indous l'attribuent généralement à quelque substance morbifique répandue dans l'air et dans l'eau à certaines époques.

Parmi les lésions anatomiques que l'auteur dit avoir été rencontrées à la suite de cette maladie, il n'en est aucune qui puisse éclairer sur sa nature. Quelques traces d'épanchement séreux dans les membranes du cerveau doivent être considérées plutôt comme un effet que comme la cause organique de la maladie.

Le pronostic est généralement défavorable. Les symptômes qui indiquent un danger peu éloigné sont l'œdème général, l'anxiété et les palpitations. Quand, au contraire, l'œdème est borné aux extrémités inférieures, lorsque la chaleur de la peau n'est pas notablement augmentée, et que le malade conserve le sommeil, quand surtout la maladie est récente, elle n'est pas dangereuse.

Deux modes de traitement entièrement opposés sont employés contre cette maladie. Les médecins qui considèrent le béribéri comme une maladie asthénique recommandent les stimulans, les désobstruans et les antimoinaux ; les autres, pour qui c'est une maladie inflammatoire, conseillent la saignée et les évacuans. M. Wright pense que les deux méthodes peuvent être employées avec avantage suivant les cas, c'est-à-dire qu'il conseille le traitement symptomatique.

Observation d'évolution spontanée du fœtus, suivie de remarques, Par MALCOLM, M.-D., Médecin au dispensaire du Nord-Ouest, etc.

Nous avons rapporté il y a peu de temps la discussion intéressante qui s'est élevée sur ce sujet dans l'Académie royale de médecine, et qui s'est répétée dans le concours pour la chaire de clinique d'accouchemens. Les recherches du docteur Malcolm, outre leur importance réelle, auront donc pour les accoucheurs français cet autre mérite, d'être pour ainsi dire à l'ordre du jour. Voici d'abord le fait qu'il a observé.

Obs. — Le 14 novembre 1833, à dix heures du soir, dit-il, je fus appelé près d'une femme enceinte pour la troisième fois, qui disait être à terme, et qui depuis trois heures du matin éprouvait les douleurs de l'enfantement. Elle n'avait eu d'abord pour l'aider qu'une vieille femme igno-

rante, qui, trouvant une position du fœtus qu'elle ne connaissait pas, et cherchant néanmoins à délivrer la mère, avait réussi à la longue, à force de tractions, par faire sortir le bras et l'épaule du côté gauche. Alors on avait appelé une sage-femme qui, reconnaissant l'état des choses, envoya chercher un accoucheur.

Quand j'arrivai, les contractions utérines étaient très-fortes; la main appliquée sur l'abdomen sentait l'utérus contracté fortement sur le fœtus, et chaque contraction renouvelait dans la région utérine une douleur violente et comme de déchirure. Le bras, l'épaule et une portion du thorax même étaient déjà sortis à travers la vulve, où ils figuraient une sorte de coin conique. L'épaule était pressée en avant sous l'arcade du pubis. Le bassin était complétement rempli par le reste des extrémités et du corps du fœtus. Une anse considérable du cordon ombilical était pareillement sortie; elle était flasque et ne présentait aucune pulsation. La poche des eaux était depuis long-temps rompue et tout le liquide écoulé. Le périnée et les parties molles en général étaient dans la condition la plus favorable, relâchés, humides, dilatables; la tumeur périnéale formée par la pression de la poitrine du fœtus était parfaitement développée, et le bassin, comme je pus m'en assurer postérieurement, était large et bien conformé.

Les contractions utérines étaient si fortes et si fréquentes, la résistance au passage de l'enfant si considérable, et les cris de la femme si violens, que je craignis une rupture de la matrice ou tout au moins une déchirure du périnée. Je prescrivis donc à l'instant la forte dose de 150 gouttes de teinture d'opium pour suspendre les contractions et tâcher d'introduire la main et de faire la version à la manière accoutumée, ou, si cela n'était pas possible, pour avoir le temps d'extraire le fœtus par éviscération.

La première action du laudanum fut une stimulation remarquable. Les contractions redoublèrent de force et de fréquence. Une large portion du thorax vint bientôt à faire saillie, et il ne me resta plus de doute sur l'impossibilité de faire la version et de réduire les parties déjà échappées. La rupture de l'utérus me parut de plus en plus imminente, et si j'avais eu les instrumens nécessaires, j'aurais procédé de suite à l'éviscération du fœtus, dont la mort était démontrée. Mais privé de cette ressource, je soutins avec soin le périnée à l'aide de ma main gauche, et avec une grande difficulté j'introduisis dans le vagin deux doigts de la main droite pour reconnaître l'exacte position de l'enfant. J'eus le bonheur de rencontrer les deux pieds près de la vulve, c'est-à-dire tous les deux ensemble entre la partie inférieure du sacrum et la vulve, et en contact avec le vagin. D'après cette position des pieds, je jugeai que les fesses étaient demeurées près de la saillie du sacrum, ou sur un de ses côtés, et que la tête était conséquemment à la partie antérieure du bassin. J'attirai graduellement les pieds au-dehors, et à la longue je parvins à accomplir la délivrance. Les pieds, les fesses, le tronc, le bras resté à l'intérieur, et enfin la tête, se suivirent comme dans l'accouchement ordinaire par les pieds, sans que la main de l'accoucheur eût été introduite ou que le bras sorti fût rentré dans le vagin; en un mot, sans qu'on eût eu recours à la version. Le périnée, quoique soumis à une distension extrême, n'éprouva pas la moindre déchirure.

Le fœtus était du sexe féminin. Il semblait mort depuis peu de temps; l'épiderme était parfaitement sain; le bras gauche et la moitié du thorax étaient fortement tuméfiés et d'une couleur pourpre noirâtre. La longueur totale de l'enfant était de 19 pouces; la circonférence de la tête à sa partie la plus large, c'est-à-dire du front à l'occiput, était de 12 pouces, et il pesait 5 livres 2 onces, poids impérial. Il semble donc probable que la grossesse n'avait pas dépassé huit mois. Cependant il faut ajouter qu'il n'est pas rare de rencontrer des fœtus à terme du sexe féminin avec des dimensions semblables.

La mère se rétablit très-bien, et sans avoir éprouvé le moindre symptôme fâcheux.

L'auteur passe ensuite en revue les diverses opinions professées sur ce phénomène remarquable. Le docteur Burns, dans ses *Principles of midwifery*, établit que Schœnheider est le premier accoucheur qui ait parlé de l'évolution spontanée; ce ne fut qu'après lui que Denman la fit connaître aux praticiens d'Angleterre. On sait l'explication qu'en donne Denman : selon lui, à mesure que les contractions utérines poussent les pieds et les fesses dans le bassin, le bras et l'épaule sortis remontent dans l'utérus, et l'accouchement se termine, comme dans la présentation naturelle, par les pieds ou les fesses. La rentrée des parties sorties est une condition essentielle pour l'accouchement, et elle se fait *durant les contractions énergiques de l'utérus.*

Douglas de Dublin combattit cette manière de voir; il nia la possibilité de la rentrée des parties sorties durant les contractions utérines, et soutint même l'impossibilité absolue de leur rentrée par les seuls efforts de la nature. Selon lui les pieds et les fesses étaient chassés hors du bassin, sans que le bras et l'épaule sortis changeassent de position en aucune manière. Le docteur Gooch, dans un très-savant mémoire inséré dans le 6e volume des *Transactions médicales de Londres*, soutient la théorie de Douglas, et rapporte à l'appui un fait qu'il a observé lui-même avec le plus grand soin, et qui ressemble en beaucoup de points à celui qu'on vient de lire. Il faut noter seulement les différences suivantes : la femme était à terme, primipare; l'enfant était volumineux, et le bassin n'était pas d'une largeur extraordinaire.

Le docteur Kelly, de Newtown Swords près Dublin, a cherché à renouveler l'opinion de Denman; seulement il professe que la rentrée du bras ne se fait point durant les contractions utérines, mais dans les intervalles de relâchement. Les fesses ayant été poussées dans le bassin par la contraction, le bras remonte dans l'utérus immédiatement après que la contraction cesse, par une sorte de mouvement de ressort dû à l'élasticité du corps de l'enfant.

Le docteur Burns soutient l'opinion de Douglas et de Gooch, quoiqu'il n'ait été par lui-même témoin d'aucun fait de ce genre. Il ajoute que dans Glasgow, sur une population de plus de 200,000 ames, on n'a jamais observé, à sa connaissance, que deux cas d'évolution spontanée du fœtus.

Enfin M. Malcolm se range aussi de cette opinion, et regarde comme extrêmement probable que dans le cas cité, l'évolution se serait faite spontanément sans déplacement du bras, s'il n'avait secondé les efforts de la nature. Mais le danger d'une rupture de l'utérus ou du périnée doit défen-

dre de s'en fier à la nature seule, et il termine en disant avec Gooch, que l'on peut bien attendre alors quelques instans si l'évolution paraît vouloir se faire; mais que passé ce très-court délai, l'accoucheur qui ne tenterait pas la version s'exposerait à être taxé d'une criminelle irrésolution.

Nous ajouterons à ce précepte que la lecture attentive des faits ne laisse que trop de doute sur la possibilité de la version, au moins dans la plupart des cas; et comme dans presque tous les cas l'enfant est venu mort, et que lors même qu'il vit il y a de nombreuses raisons de douter qu'il soit viable, il est une autre ressource plus expéditive et plus sûre pour la mère, et que la dernière discussion de l'Académie royale de médecine à montrée appuyée d'imposans suffrages, c'est-à-dire l'extirpation du bras, et au besoin l'éviscération du fœtus.

Observations d'aliénation mentale se terminant par la mort; altérations anatomiques trouvées à l'autopsie.

Ce mémoire, dont la fin seulement appartient au numéro d'avril, contient trente-six observations d'aliénation mentale rapportées toutes de suite et toutes terminées par une autopsie où les détails anatomiques sont détaillés avec un soin qui manque quelquefois dans la description des symptômes. L'auteur présente quelques réflexions seulement à la fin. Plusieurs nous semblent offrir assez d'intérêt pour devoir les consigner ici.

De la lecture de ces trente-six observations il résulte que l'aliénation se lie constamment à quelque action morbide, soit du cerveau, soit de ses membranes, soit du crâne, d'où dérivent les différentes lésions que l'on trouve après la mort. Ces lésions peuvent à leur tour devenir des causes directes d'aliénation par le désordre qu'elles déterminent dans les fonctions cérébrales; elles ne sont pas bornées au cerveau et à ses enveloppes: on en observe également dans d'autres organes, et dont les effets sur l'aliénation varient suivant des circonstances inappréciables; tantôt s'exaspérant, d'autres fois, au contraire, la faisant disparaître pour un temps plus ou moins long, et même pour toujours. Les exemples suivans rapportés par l'auteur en fournissent la preuve.

Un malade fut pris, pendant le cours d'un violent paroxysme de manie, d'un rhume qui s'accompagna de beaucoup de fièvre; mais il survint une amélioration notable dans l'état de son intelligence pendant la durée du rhume, et quand il fut débarrassé de ce dernier, il était aussi en convalescence de son affection mentale, et depuis l'amélioration ne s'est pas démentie.

Un autre cas a été observé dernièrement à la maison des aliénés; où l'affection mentale fut suspendue pendant longtemps par l'apparition d'une maladie aiguë. Un des malades de l'asile fut pris d'une fièvre typhoïde, et resta dans un délire continuel pendant environ trois semaines. Lorsque la fièvre déclina, on le vit répondre et exprimer ses pensées avec un degré de raison qui étonna, et à la fin de la convalescence il semblait avoir recouvré complétement la liberté de l'intelligence.

Mais si l'intervention d'une maladie aiguë pendant la durée de l'aliénation peut arrêter cette dernière, il n'est pas rare également de voir un paroxysme de folie faire disparaître une autre maladie, sous l'influence de laquelle le malade pouvait se trouver. Chez un aliéné de l'asile qui est sujet à des attaques de bronchite, cette maladie a été plusieurs fois suspendue par un paroxysme de manie survenant pendant sa durée. De même aussi la manie a plusieurs fois disparu sous l'influence d'une attaque de bronchite, ces deux maladies se remplaçant alternativement.

II. THE LONDON MEDICAL GAZETTE.

Des vers lombricoïdes. Recherches sur les causes de leur fréquence, et leur traitement a l'île Maurice; Par R. DYER, Médecin de la marine.

La maladie à laquelle donne lieu la présence des vers dans le tube digestif, est presque universelle à l'île Maurice. Les hommes qui jouissent de la plus belle santé y sont aussi sujets que ceux qui sont faibles et maladifs. Suivant l'auteur, c'est presque la seule maladie de la population noire, et surtout des esclaves. Parmi les causes auxquelles il croit pouvoir rapporter cette différence remarquable, il cite en premier lieu l'abstinence complète de sel et d'alimens salés, à laquelle la plupart des esclaves sont soumis. Le sel étant un objet d'importation et par conséquent d'un prix élevé, n'entre point dans les rations qui sont distribuées aux noirs. Aussi l'auteur dit avoir remarqué une grande différence sous ce rapport entre les esclaves des planteurs et les esclaves du gouvernement (natifs de l'Inde, condamnés à travailler sur les routes), qui reçoivent à peu près la même ration que les soldats. Il a appris en outre de plusieurs des planteurs qui avaient accordé pendant quelque temps une ration de sel à leurs esclaves, que ces derniers furent débarrassés de leur maladie, mais qu'ils en furent repris aussitôt que l'on eut cessé de la leur distribuer. Tous reconnaissent l'avantage de cet usage, mais ils se plaignent tous des dépenses dans lesquelles il entraîne; aussi, ne croyant pouvoir accorder le sel parmi les alimens habituels, ils l'administrent comme médicament dans la proportion d'un cuillerée à bouche pour une demi-pinte d'eau. Chaque esclave prend régulièrement cette potion tous les samedis, après que son ouvrage est terminé; et l'on assure non-seulement que ce moyen remplit l'objet que l'on a en vue, c'est-à-dire débarrasse les esclaves des vers qui les incommodent tant, mais encore qu'ils sont plus vigoureux et jouissent d'une meilleure santé depuis qu'ils sont soumis à ce moyen simple.

M. Dyer dit avoir employé lui-même ce moyen avec succès chez les sujets qui jouissaient d'une bonne santé et étaient tourmentés par des vers. Il l'administre de la manière suivante: le premier jour, il fait prendre une cuillerée de sel dans une demi-pinte d'eau, trois fois dans la journée, et prescrit le lendemain matin une once d'huile de ricin. Le sujet continue ensuite à en prendre chaque jour une cuillerée, tant que l'on soupçonne qu'il conserve des vers.

M. Dyer indique encore un autre moyen qu'il regarde même comme un vermifuge spécifique, et dont on fait un usage très-fréquent, et selon lui, avec un succès constant à l'île Maurice: c'est *le lait de papaya*, ou fluide gluti-

neux qui exsude de l'arbre vert *carica papaya*, et que l'on obtient en pratiquant une légère incision au fruit. Ses propriétés vermifuges sont, il est vrai, énoncées dans quelques ouvrages de botanique, mais il n'en est fait mention dans aucun ouvrage de médecine, et cependant le docteur Dyer le place au premier rang parmi les vermifuges connus, non seulement par la certitude de son action, mais encore par l'innocuité de cette action, lorsqu'il est administré à une dose trop forte.

Chez un enfant âgé de moins de dix ans, une cuillerée à thé suffit ordinairement; on augmente ensuite graduellement cette dose avec l'âge du sujet, jusqu'à une cuillerée à bouche. Mais ne nous étendons pas dans de plus amples détails sur ce vermifuge, car, selon l'auteur, le suc qui jouit de ces propriétés s'altère promptement, et ne peut être employé que dans les contrées où croît l'arbre qui le produit. Il serait donc important que l'on cherchât à en obtenir une préparation qui pût traverser les mers sans rien perdre de ses propriétés.

Sur l'emploi du nitrate d'argent dans quelques affections inflammatoires de la membrane muqueuse de la bouche et de la gorge, par le docteur HUNT.

Il n'est pas de praticien qui ne connaisse les heureux effets de l'emploi du moyen indiqué ici dans le traitement des ulcérations de la gorge; cependant, peut-être n'en tire-t-on pas tous les avantages que l'on pourrait en obtenir dans les cas de ptyalisme avec ulcérations. Aussi, nous allons citer une des observations rapportées par M. Hunt, comme une preuve des bons effets que l'on peut attendre de cette médication dans une maladie d'une durée si longue et quelquefois si pénible. L'auteur fut amené à essayer l'emploi du nitrate d'argent dans ces maladies par la connaissance qu'il avait de son efficacité dans quelques affections de la conjonctive.

Obs. — A.***, peintre, âgé de 26 ans, fut pris, le 1er septembre 1832, de tous les symptômes de la colique des peintres, qui céda, dans l'espace de trois jours, à l'emploi de la saignée générale, des purgatifs et à l'application à la surface de l'abdomen d'essence de térébenthine. Il prit pendant ce temps 26 grains de calomel, combiné avec d'autres purgatifs, qui agirent avec force sur les entrailles.

Le 3 au soir, la bouche était légèrement entreprise; on lui prescrivit un sel purgatif et une solution de nitrate d'argent pour lotion.

Le 4, comme la lotion avait agi sur les dents, on prescrivit une solution d'alun avec une teinture aromatique.

Le 5, on voit à la surface interne des lèvres, qui sont très-tuméfiées, ainsi que les gencives et les joues, plusieurs petites escarres. La sécrétion de la salive est très-abondante. On applique le nitrate d'argent sur toutes les ulcérations.

Le 6, les lèvres sont beaucoup mieux; mais la membrane muqueuse des joues est presque entièrement couverte d'escarres. La langue offre un volume considérable, et est couverte d'ulcérations; son volume ne permet pas à la vue d'arriver jusqu'à la gorge, mais d'après la difficulté qu'éprouve le malade à avaler et la douleur que détermine la pression sur le larynx, on peut croire que la muqueuse de la gorge et de la partie supérieure du larynx est dans un état analogue. La salivation est excessivement abondante, et la douleur est tellement vive que le malade ne veut prendre que de l'eau. On applique le nitrate à la face inférieure de la langue et interne des joues. Cette application est suivie de douleurs très-vives qui durent quelques heures; elle n'est pas répétée le lendemain, et est remplacée par une lotion opiacée tiède. L'amélioration se prononce; on ne fait plus d'applications de nitrate d'argent, et le 12 la sécrétion salivaire était revenue à son état normal.

III. LONDON QUATERLEY MEDICAL REWIEW.

Ce journal ne renferme d'important que l'article suivant :

Traitement de l'érysipèle par le colchique; par M. BULLOCK.

Nous ne suivrons pas M. Bullock dans les recherches qu'il fait pour expliquer l'action du colchique dans le traitement de l'érysipèle; nous nous contenterons de rapporter un des cinq faits qu'il dit pris au hasard parmi un grand nombre, et qu'il donne comme preuve de l'efficacité de ce moyen.

Obs. — Berry, âgé de 28 ans, atteint d'un rhumatisme, présenta le 22 novembre un érysipèle du scrotum, qui était très-enflammé; il offrait le volume de la tête d'un enfant. Comme il avait été purgé plusieurs fois avant, on se contenta d'ouvrir avec la lancette plusieurs des veines du scrotum, qui fournirent une quantité considérable de sang.

Le 29, le gonflement avait beaucoup augmenté; l'inflammation érysipélateuse avait gagné les deux cuisses, l'abdomen et le côté gauche de la face et du cou; la peau de ces parties offrait une couleur cramoisie et était le siége d'une douleur semblable à celle d'une forte brûlure; le pouls donnait 149; la langue était sèche et blanche; la soif vive. (Poudre de colchique, 15 grains; carbonate de soude, 1 once, à prendre en une seule fois.)

Au bout d'un quart d'heure, la fréquence du pouls, la rougeur et la chaleur brûlante de la peau étaient notablement diminuées; le malade disait se trouver sensiblement mieux. Au bout d'une heure, la rougeur et la chaleur de la peau, ainsi que la fréquence et la force du pouls, avaient repris leur première intensité. On administre à l'instant même 10 grains de poudre de colchique et 2 scrupules de carbonate de soude, qui sont suivis des mêmes effets calmans que la première prise, mais plus prolongés. La rougeur et les autres symptômes revinrent encore, mais avec moins de force. Une troisième poudre fut administrée au bout de deux heures, et fit disparaître presque complétement les symptômes déjà indiqués.

Ces doses élevées et fréquemment répétées de colchique réduisirent tellement l'action du pouls qu'il devint indispensable d'examiner avec attention les effets de ce médicament, et d'attendre pour en administrer une nouvelle dose que la réaction fût bien établie; mais au bout de cinq à six heures le malade était revenu à un état peu différent de la santé.

Le 25, le gonflement et la rougeur du scrotum et de la

face avaient presque entièrement disparu. La peau était froide, la langue nette; le pouls donnait 80 pulsations.

Prenez : Acide hydrocyanique étendu,	2	gouttes.
Vins de colchique,	15	—
Eau distillée,	1	once.

A prendre toutes les trois heures.

Le lendemain matin, il ne restait plus de traces de l'érysipèle.

— Nous terminons cette revue de journaux anglais par quelques articles de la revue précédente qui n'avaient pas trouvé place à cause de l'abondance des matières.

Note sur une épidémie d'urticaire, par le docteur MACFARLANE.

Au mois de juin dernier, plusieurs personnes qui habitaient un vaste hôtel furent prises dans la même nuit de douleur à l'estomac avec nausées et vomissemens; le lendemain sept ou huit d'entre elles étaient indisposées, quoique non assez pour les obliger de garder le lit. Toutes se plaignaient d'un sentiment d'oppression à l'épigastre, d'une faiblesse générale et d'une vive démangeaison à la peau. Le cuisinier qui était le plus malade était couvert de la tête aux pieds d'une éruption papuleuse. La peau était partout rouge, gonflée et rugueuse. Il se plaignait fortement de l'épigastre, avait les yeux enflammés, les paupières gonflées, le pouls était fréquent, la langue chargée et la soif vive.

Ces symptômes se manifestèrent à la fois sur plusieurs personnes; on crut en avoir trouvé la cause en remarquant que toutes ces personnes avaient mangé la veille au soir d'une tourte aux groseilles; les autres domestiques de la maison qui n'avaient pas mangé de tourte étant restés en parfaite santé. On examina avec soin des fragmens de cette tourte qui avaient été conservés; mais on n'y put rien découvrir de vénéneux ou même de nuisible. Peu de temps après d'autres personnes de la même famille, qui ne demeuraient pas dans la maison mais y venaient fréquemment, ayant présenté les mêmes symptômes, on accusa d'abord l'eau, puis le pain, puis tous les ingrédiens de la cuisine; peu à peu d'autres cas se développèrent dans le voisinage et M. le docteur Macfarlane dit en avoir observé plus de cent en peu de temps. Dans quelques cas le diagnostic n'était pas très-facile, car l'éruption présentait quelquefois les caractères des autres maladies de la peau, ceux de la varicèle, de la scarlatine, de la rougeole; cependant les symptômes généraux et la marche de la maladie suffisaient dans le plus grand nombre des cas pour en faire reconnaître la vraie nature; mais le moyen qui paraît avoir toujours réussi à l'auteur de cette note, c'est la pression exercée avec force sur un point quelconque de la peau pendant une minute, constamment il voyait apparaître l'élevure caractéristique de l'urticaire.

La durée de cette maladie chez les personnes qui voulurent bien se soumettre à un régime, dépassa rarement huit ou dix jours. Chez celles qui ne consentirent pas à s'imposer la moindre privation pour une affection qui les incommodait à peine, elle dura plusieurs semaines, et même plusieurs mois.

M. Macfarlane croit pouvoir rattacher cette épidémie à l'usage des fruits acides; il a vu un malade chez lequel, après avoir disparu plusieurs fois, elle reparut chaque fois qu'il fit usage de ces fruits.

Les boissons stimulantes et la diète de ces fruits furent presque tout le traitement qu'il employa. Quelquefois, il y joignit les pilules mercurielles et une solution saline avec excès d'alcali.

Péritonite suivie de la formation d'un abcès fécal, guérie par le docteur BURNE.

L'observation suivante et les réflexions qui l'accompagnent offrent assez d'intérêt pour que nous les analysions rapidement.

Obs. — Lubman, âgé de 35 ans, tailleur et franc buveur d'habitude, fut pris subitement, en novembre 1832, après déjeuner, de douleurs vives dans la région ombilicale. On lui prescrit du calomel, de l'opium et de l'huile de ricin, qui ne lui procurent aucun soulagement.

Le troisième jour, quand il fut reçu au dispensaire, il offrait tous les symptômes d'une péritonite aiguë, supination sur le dos, les genoux relevés, douleur très-vive dans l'abdomen, vomissemens fréquens, constipation, abdomen développé très-sensible à la pression, pouls contracté, chaleur de la peau sèche et élevée, décomposition des traits, tremblement presque continuel dans les membres. Dix onces de sang sont tirées, et le malade prend toutes les demi-heures une pilule d'un quart de grain d'opium avec deux grains de calomel.

Le lendemain le malade prend une potion saline apéritive qui amène plusieurs selles abondantes. Les gencives étaient affectées; les symptômes avaient beaucoup perdu de leur intensité, mais le malade était très-abattu. A cette époque s'arrêta l'amendement, et le malade resta cinq ou six jours dans cet état de faiblesse, et présentait toujours les mêmes symptômes et le même appareil fébrile, quand, le douzième jour, on découvrit au-dessous de l'ombilic une tumeur circonscrite d'un volume considérable, située profondément dans l'abdomen. Le malade éprouva les phénomènes généraux de la suppuration; la tumeur fut en s'accroissant de jour en jour, et la fluctuation était devenue évidente. L'incision donna issue à une quantité considérable d'une matière grisâtre, fétide et mêlée d'hydrogène sulfureux.

L'opération fut suivie de beaucoup de soulagement, la tumeur diminua, le liquide diminua graduellement, la plaie se ferma, et le malade guérit complétement.

M. Burne pense que cette péritonite a été le résultat d'une perforation intestinale, et qu'elle fut circonscrite, comme le démontre la formation de l'abcès. Il croit aussi que si la péritonite a été circonscrite, il faut l'attribuer à la petite quantité des matières épanchées dans l'abdomen. Nous pensons plutôt que cette circonstance a été le résultat d'une condition qui se rencontre rarement, mais qui peut seule expliquer pourquoi l'inflammation ne gagna pas toute l'étendue du péritoine; c'est la présence d'adhérences existant antérieurement. M. Burne pense que la perforation étant

très-étroite, il n'a sorti qu'une petite quantité de matières ; mais il arrive souvent que chez les sujets qui succombent 36 heures ou 48 heures après la perforation, et chez lesquels elle est extrêmement petite, on ne trouve rien qui rappelle la présence des matières fécales dans l'abdomen. Ce n'est donc pas d'après la quantité de ces matières épanchées que la péritonite prend plus ou moins d'extension.

Observation d'affection de la moelle avec des réflexions par M. ROBARTS. *Solution de continuité dans la longueur de la moelle vertébrale.*

L'observation rapportée ici est trop importante pour que nous ne la reproduisions pas avec tous les détails nécessaires pour la faire bien comprendre ; ce n'est pas la première fois que l'on voit persister les phénomènes vitaux dans tous les organes, bien qu'une portion de la moelle épinière eût été non pas détruite, mais complétement enlevée, et qu'il y eût une solution réelle et assez considérable de continuité dans sa longueur ; cependant ces cas étant fort rares et ayant resté jusqu'ici sans explication, le nouvel exemple de cette altération que nous allons rapporter ne peut manquer de fixer vivement l'attention des observateurs.

Obs.—Une jeune dame âgée de 24 ans, d'une bonne constitution, mais d'un tempérament nerveux, fut prise, en juillet 1828, de la petite vérole, bien qu'elle eût été vaccinée dans son enfance. La convalescence de cette maladie fut caractérisée par une disposition à la diarrhée qui était excessive, mais facile à arrêter. Deux mois environ après sa guérison, elle commença à se plaindre de raideur et d'engourdissement dans la jambe et la cuisse droite ; quelquefois elle éprouvait de la difficulté à la porter en avant dans la marche, et alors souvent elle venait se frapper contre celle du côté gauche. Alors la malade disait ne pas éprouver plus de sensation dans son membre droit, que s'il eût été de bois; puis, au bout de quelques instans, elle s'échauffait et pouvait marcher pendant un quart d'heure ou une demi-heure, sans aucune difficulté. Cette affection s'exagérait sous l'influence de l'agitation de l'esprit ; elle éprouvait aussi beaucoup de difficulté à monter un escalier. Il n'y avait ni céphalalgie, ni étourdissemens, ni trouble de la raison, ni sensibilité sur un point quelconque de l'épine, ni enfin aucun autre désordre fonctionnel ou organique de l'encéphale ou de la moelle ; tous les autres organes semblaient être dans l'état normal ; l'appétit était bon, mais il y avait une constipation très-opiniâtre.

A cette époque de la maladie, on lui opposa peu de moyens actifs ; le sulfate de quinine et quelques laxatifs n'ayant amené aucune amélioration, on les discontinua au bout de peu de jours, et la malade resta presque sans traitement jusqu'au neuvième mois de sa maladie, qui alors avait fait tant de progrès, que la démarche de la malade était complétement changée ; elle ne pouvait faire quelques pas dans sa chambre sans s'exposer à tomber. L'ammoniure de fer combiné aux laxatifs pendant deux mois, fut tout-à-fait sans succès, ainsi que les bains de mer, et la paralysie augmentant, la malade fut obligée de garder le lit. Les purgatifs ayant alors été employés avec plus d'énergie, il y eut un peu d'amélioration pendant quelque temps, mais le membre gauche offrit bientôt la même altération que le droit. La noix vomique portée en peu de jours à la dose de deux grains, produisit ses effets ordinaires, c'est-à-dire des secousses dans les muscles indépendantes de la volonté de la malade, qu'elles fatiguaient beaucoup, mais sans influence sur son affection, qui continua toujours à faire des progrès. Les pilules bleues, les préparations de jusquiame et d'ammoniac, et l'électricité furent alors essayés sans plus de succès que tous les moyens précédemment employés.

La malade éprouva à cette époque (au bout d'environ quinze mois) une paralysie complète de la sensibilité dans le membre inférieur droit ; elle ne dura que quelques jours ; depuis elle se reproduisit de la même manière dans le gauche, puis les deux membres présentèrent un engourdissement et une paralysie du mouvement presque complets ; puis les excrétions devinrent involontaires. Mais ce qui est remarquable, c'est que les purgatifs énergiques rendirent à la malade la faculté de retenir ses excrémens, et que la teinture de cantharides lui rendit le même pouvoir sur ses urines au bout de deux jours d'administration. Du reste, la santé de la malade, qui avait été fort altérée, se rétablit notablement ; elle reprit de l'embonpoint, de la gaieté, mais la paralysie continuait toujours ses progrès, bien que d'une manière très-lente ; l'incontinence des urines et des matières fécales revenait aussitôt que la malade interrompait l'usage des purgatifs et de la teinture de cantharides.

Au commencement de janvier 1832, il se forma sur le sacrum une petite escarre qui détermina le développement d'un érysipèle tout autour. On parvint cependant à faire cicatriser l'ulcère qui en fut la suite, mais il s'en forma d'autres sur divers autres points, et ils entraînèrent la mort de la malade à la fin de décembre 1833, après plus de cinq ans de maladie.

Autopsie 48 *heures après la mort.*

Légère courbure de l'épine à droite dans la région lombaire.

Le cerveau ne présente aucune altération notable très-appréciable ; le pont de varole semble plus petit qu'à l'ordinaire et comme ridé.

En enlevant les apophyses épineuses des vertèbres dorsales on découvre entre les 10e, 11e et 12e une tumeur graisseuse du volume du doigt sur deux ou trois pouces de long. Cette tumeur comprimait fortement la moelle ou plutôt la membrane, car il n'y avait plus de trace de la moelle en ce point. Au-dessus et au-dessous, cette dernière semble être à l'état normal. On dirait que la pression de la tumeur l'aurait fait absorber ou plutôt qu'elle aurait été enlevée complétement, car, sur une longueur de plus d'un pouce on ne trouve rien qui rappelle son existence.

En cherchant à enlever la tumeur on découvrit une ouverture circulaire entre les 10e et 11e vertèbres droites, communiquant avec une cavité placée derrière la plèvre droite, contenant environ 12 onces d'un fluide séreux.

L'auteur de cette observation examine ici plusieurs questions que nous allons indiquer sommairement. Il se demande à quelle époque ont dû se former ce kyste et la tumeur, et pense qu'ils ont existé un certain temps avant que les premiers symptômes de la paralysie eussent été observés ; il est même disposé en rapporter le commencement à à une époque anté-

rieure de deux années à la variole qu'eut la malade, époque à laquelle elle avait reçu un assez fort coup dans les reins.

La tumeur, se développant sur le côté droit du canal, détermina, comme on aurait pu le prévoir à l'avance, la paralysie des membres droits d'abord; ayant ensuite comprimé la moelle d'arrière en avant, on se demande comment il se fait cependant que la motilité des membres affectés ait été altérée long-temps avant leur sensibilité. Ce phénomène paraît à M. Robarts ne pouvoir être expliqué. Cependant, on l'observe journellement dans la plupart des affections du cerveau et de la moelle. On sait que l'altération de la sensibilité est beaucoup plus rare que celle de la motilité. La moindre compression d'un point du cerveau ou de la moelle suffit le plus souvent pour déterminer la perte de la motilité, mais non celle de la sensibilité. Pour que cette dernière soit altérée, il faut une altération plus grave, plus considérable. Ainsi, telle pression qui portait d'abord sur la colonne postérieure de la moelle et qui ne sera pas assez forte pour déterminer le trouble fonctionnel des nerfs qui sortent de cette colonne, pourra cependant l'être assez pour déterminer le trouble fonctionnel des nerfs qui sont fournis par la colonne antérieure, bien qu'elle soit moins forte sur cette dernière que sur la colonne postérieure. Telle est au moins pour nous, l'explication d'un fait qui nous a souvent vivement frappé dans l'étude des maladies de l'encéphale, et duquel on doit rapprocher, le fait signalé ici par M. Robarts, et qui n'est point du tout en opposition avec les belles expériences faites par Ch. Bell et M. Magendie.

L'effet de la teinture de cantharides a été très-remarquable chez le sujet de cette observation pendant une année entière. Cette préparation a été opposée avec un succès constant à l'incontinence d'urine, et si la maladie s'arrêtait pendant vingt-quatre heures, l'incontinence revenait aussitôt et persistait jusqu'à ce que la malade eût recommencé l'usage de la teinture. « Il est singulier, dit l'auteur, que ce médicament agisse aussi exclusivement sur les muscles du col de la vessie sans exercer aucune influence sur le reste de l'économie, et puisse stimuler les nerfs de cette partie long-temps après qu'ils étaient devenus insensibles aux impressions ordinaires. »

Ce dernier fait est pour nous d'une haute importance; il nous démontre l'utilité que l'on peut retirer de l'étude des spécificités thérapeutiques, étude qui est, à notre avis, beaucoup trop négligée par la médecine scientifique de nos jours.

N° DU 13.

PHYSIOLOGIE DU CERVEAU.

Note sur les facultés instinctives communes aux animaux et à l'homme, et nécessaires à la conservation de l'espèce et de l'individu; par LÉLUT (1).

§ Ier. — Gall avait fait commencer la physiologie intellectuelle du cerveau à l'amour physique, ou instinct de la propagation, qui est tout à la fois un besoin, un penchant et un sentiment, et dans sa localisation cérébrale il lui avait donné un siége tout-à-fait à part, une partie aussi complétement isolée que possible dans l'encéphale, le cervelet. Mais il n'était pas descendu plus bas, et il n'avait pas cru devoir regarder comme le résultat de l'exercice de facultés mentales primitives, ou celui de l'action immédiate du cerveau proprement dit, les besoins tout physiques, mais dont la satisfaction a lieu pourtant avec conscience, et avec plaisir ou douleur; tels que les besoins de la faim et de la soif, celui des exonérations, celui de la respiration, besoins dans lesquels, à part le fait de conscience, il n'y a rien, en effet, de fort intellectuel. Pourtant ce que Gall n'avait pas jugé convenable de faire, ses successeurs l'ont commencé. Ils ont admis un organe de l'alimentivité, pour représenter, parmi les facultés intellectuelles primordiales et leurs organes cérébraux, les besoins de la faim et de la soif. Mais d'abord ces deux besoins, quoique tendant au même but, la conservation de l'individu par l'alimentation, sont on ne peut plus distincts par la sensation qu'ils occasionent, et par l'espèce de satisfaction que réclame chacun d'eux, et dont l'une ne peut suppléer à l'autre. Ils le sont certainement autant que le sont entre elles, pour me servir du langage barbare de la phrénologie, la *combativité* et la *destructivité*, la *secrétivité* et l'*acquisivité*, qui ont aussi, elles, et à leur façon, la conservation de l'individu pour objet. Si donc l'on veut admettre que l'alimentivité doit avoir sa représentation organique dans l'intérieur du crâne, il faut lui donner deux facultés et par conséquent deux organes, celui de la faim, celui de la soif; et voilà une addition nouvelle au nombre des facultés et des organes, ce qui, pour le dire en passant, entraînerait des changemens fâcheux dans la géographie de l'encéphale.

Mais ce n'est pas tout. Si nous admettons dans la partie crânienne de l'encéphale une ou plusieurs facultés ou organes pour les besoins de la faim et de la soif, nous sommes invinciblement forcés d'en faire autant pour les besoins des exonérations et de la respiration, qui, comme ceux de la faim et de la soif, quoiqu'à un moindre degré; ont lieu avec conscience et sont en partie soumis, le besoin des exonérations surtout, à l'empire de la volonté. En matière de science, les plaisanteries sont toujours déplacées, et je ne voudrais pas employer ce moyen pour combattre l'introduction des besoins d'uriner et d'aller à la selle dans le catalogue des facultés intellectuelles. Mais il y a des raisons à donner contre cette admission.

Sans doute, les besoins de la faim et de la soif n'ont pas leur siége; ou plutôt leur faculté, dans l'estomac ou dans l'arrière-bouche, comme on l'a dit maintefois par un vice d'expression plutôt que par une erreur de raisonnement, pas plus que le besoin de rendre les matières stercorales n'a son siége ou sa faculté dans le rectum et à l'anus; celui d'expulser l'urine, dans le bas-fond de la vessie ou dans le canal de l'urètre; celui de respirer, dans les parois du thorax et dans le poumon. Il est bien vrai que nous rapportons le sentiment de chacun de ces divers besoins, ou à l'organe dont la fonction est de le satisfaire, à l'estomac pour le sentiment de la faim, au rectum et à la vessie ou à l'urètre

(1) Note extraite de Considérations sur la signification et la valeur des systèmes de Psychologie en général, et de celui de la Phrénologie en particulier.

pour les besoins des exonérations fécales et urinaires, à la poitrine et au poumon pour le besoin de respirer; ou bien à l'organe qui doit le premier recevoir l'influence du moyen de satisfaction du besoin, à la bouche et au pharynx pour le besoin de la soif. Mais cela a lieu de même pour toutes les sensations imaginables, pour celles de la vue, de l'ouïe, du goût, de l'odorat, du toucher, et personne ne place plus le siége ou la faculté de ces sensations dans les sens dont les impressions en sont la cause occasionelle. Toutes ces facultés sont des facultés du système nerveux central, et il doit en être de même pour les besoins proprement dits, pour ceux qui font le sujet de cette discussion. Mais de l'action de quelle partie du système nerveux central sont-ils le résultat, et par conséquent à quel ordre de facultés le raisonnement force-t-il à les rattacher ?

Ces besoins résultent de l'action spéciale de la partie de ce système à laquelle se rendent leurs nerfs, c'est-à-dire de la moelle allongée, pour le pharynx, l'estomac, les organes de la respiration, et de la partie inférieure de la moelle épinière, pour le rectum et la vessie, ou mieux, pour les divers besoins dont le sentiment est rapporté à ces différens organes. Les facultés immédiates dont ces besoins sont l'expression, sont des facultés de la vie d'assimilation, et non point des facultés de la vie intellectuelle; et si ces besoins sont perçus et en partie régis par la volonté, c'est, comme le dirait la phrénologie elle-même, et comme el lele dit formellement pour les facultés affectives dont elle place du reste le siége dans l'encéphale, c'est qu'ils sont perçus (et c'est comme cela qu'ils deviennent des besoins) par les hautes facultés intellectuelles, par celle des phénomènes, par exemple, ce qui donne lieu à la volonté de les maîtriser dans de certaines limites. Les besoins ne sont donc dus immédiatement à l'action d'aucune faculté intellectuelle, et Gall, dans sa manière de voir, a eu raison de les exclure de la psychologie, pour ne la faire commencer qu'aux instincts et aux penchans.

Le premier des instincts qu'il a reconnus est celui de l'amour physique, ou le penchant au rapprochement des sexes, l'*Amativité* de Spurzheim, qui est tout à la fois un besoin et un penchant. Il tient des besoins par son irrésistibilité dans certains cas presque complète, et par sa satisfaction au moyen d'un appareil extérieur au système nerveux central, l'appareil génital, qui est en même temps pour lui un moyen de stimulation et un lieu où sont rapportées ses impressions physiques. Il a cela de commun avec les penchans, qu'il est, beaucoup plus que les besoins, soumis à l'empire de la volonté; qu'il tient par une foule de points à tous les autres penchans, à tous les autres sentimens, à toutes les facultés intellectuelles même les plus élevées, et qu'il peut, en mettant en jeu ces dernières, en s'intellectualisant en quelque sorte, donner lieu à des résultats psychologiques qui ne peuvent en aucune manière être comparés aux résultats même les plus intellectuels de l'action des autres besoins, tels que la faim, la soif, le besoin des exonérations, de la respiration, etc...

On pourrait regarder encore l'amour de la progéniture, au moins dans les femelles ou les mères, comme un besoin autant que comme un penchant; et cet instinct, en quelque sorte mixte, aurait, je ne dis pas pour organe, je ne dis pas pour siége, mais pour appareil extérieur et appareil extérieur temporaire, les mamelles pendant la durée de l'allaitement. Il tiendrait ainsi le milieu entre l'amour physique, qui a un appareil extérieur permanent, et les autres penchans de la phrénologie, qui n'en ont point.

Quant à ces derniers, leurs caractères communs sont donc l'absence d'un appareil extérieur propre à chacun d'eux, et un certain degré de connaissance et de volonté dans leurs actes, connaissance et volonté que Gall leur attribue, mais que Spurzheim, par une analyse plus subtile si elle n'est pas plus exacte, rapporte aux facultés intellectuelles, les facultés affectives étant, suivant lui, tout-à-fait aveugles et irrésistibles. A défaut d'appareil extérieur spécial à chacun d'eux, les moyens généraux d'action des penchans sont l'expression des yeux et de la physionomie, l'attitude, le geste, la voix et la parole, enfin tous les mouvemens musculaires que provoque la volonté vers le but auquel nous porte chacun d'eux.

Du reste, les penchans ou les instincts admis par Gall et par Spurzheim, facultés, comme je l'ai déjà dit, communes aux animaux et à l'homme, sont les suivans :

1° L'*Instinct de la propagation* ou *Amativité*, dont le but est la conservation de l'espèce, et qui est représenté, dans le langage ordinaire, par le besoin et la passion de l'amour, considérée sous tous ses aspects, dans tous ses degrés et dans tous ses écarts;

2° L'*Amour de la progéniture* ou des enfans, ou *philogéniture*, ayant aussi pour but la conservation de l'espèce, et qui avait pour types anciens l'amour des parens pour leurs enfans, et spécialement le sentiment si irrésistible et si universellement reconnu de l'amour maternel;

3° Et suivant Spurzheim seulement, l'*Habitativité*, qui aurait pour but, en attachant telle espèce animale à tel ou tel lieu, de faire que toute la terre soit habitée; dont l'amour de la patrie tirerait une partie de sa force, et qui se retrouve dans l'*amour du pays natal*, dans la *nostalgie*, etc.;

4° Le Sens de l'*attachement*, de l'amitié, ou l'*affectionivité*, dont le but serait le mariage, l'état social, l'esprit de patriotisme, et qui, dans l'ancienne morale, avait son type dans l'amitié et dans tous les sentimens qui en sont des modes ou des résultats;

5° L'*Instinct* de la *défense de soi-même*, l'amour de la *rixe*, des combats, le sens du *courage*, la *combativité*, dont le but est la conservation, la défense de l'individu, et qui était représenté, dans l'ancien domaine des passions, par la passion du courage, sous quelque nom qu'elle se présentât;

6° L'*Instinct carnassier*, le sens du meurtre, de la destruction, la *destructivité*, dont le but est bien véritablement la destruction, mais dont l'utilité pour l'espèce est sa nourriture et sa défense, et qui avait pour types anciennement connus les impulsions aveugles aux grands crimes, le meurtre, l'assassinat, l'incendie, qu'ils fussent provoqués ou non par les passions essentiellement destructives de la colère, de la vengeance, de la haine, ou bien qu'ils fussent commis dans le but de s'approprier le bien d'autrui;

7° L'*Instinct de la ruse*, l'amour du secret, la *secrétivité*, dont le nom indique assez le but, les moyens et les types que pouvaient lui fournir, dans l'ancienne manière

de voir, l'hypocrisie, le mensonge, la fraude, etc.;

8° L'*Instinct* de la *propriété*, du *vol*, le sens de la *Convoitivité*, faculté qui est un des pivots de l'état social, et dont le type se trouve et se modifie, suivant l'ancienne théorie des passions et de la volonté, dans l'égoïsme, dans l'amour de son propre avoir et la convoitise de celui des autres, dans l'avarice, la passion du jeu, etc.;

9° Le Sens de la *construction* ou des *mécaniques*; la *constructivité*, placée par Spurzheim seul parmi les penchans; dont le but est la conservation ou le mieux-être de l'espèce, à qui elle donne le moyen de se construire une habitation, de la pourvoir d'instrumens et de meubles utiles ou agréables, et qui rallie à elle tout ce que, dans l'ancienne manière de parler, on rapportait au génie de la mécanique, aux arts industriels, à la fabrication, etc.

§ II. — Il ne sera pas sans intérêt de remarquer l'artifice qui a présidé à la formation de ce premier genre des facultés affectives, les penchans. Pour le composer, Gall a pris, soit chez les animaux, soit chez l'homme, des instincts, des sentimens tellement passionnés et irrésistibles, que, sous ce rapport, ce sont de vrais besoins, tels que l'amour physique et l'amour maternel (instinct de la propagation ou amativité, amour de la progéniture ou philogéniture); ou il a pris des sentimens, des passions qui avaient depuis longtemps une place et un nom dans la psychologie, tels que l'amitié, le courage, l'avarice, la ruse (amitié ou affectionivité, rixe ou combativité, instinct de la propriété ou acquisivité, ruse ou sécrétivité); ou enfin il a pris certaines dispositions naturelles à commettre de grands crimes, comme le meurtre, le vol, l'incendie (penchant au vol ou acquisivité, meurtre ou destructivité). A ces matériaux Spurzheim a ajouté une vertu, l'amour de la patrie ou au moins du sol où l'on est né, et que l'on cultive (habitativité); et enfin le génie de l'architecture et de tous les arts mécaniques (constructivité), que Gall avait placé parmi les facultés intellectuelles, et dont lui-même, Spurzheim, a distrait quelques points de vue, pour en faire la faculté perceptive de l'étendue et celle du poids et de la résistance.

Toutes ces facultés instinctives de Gall et de Spurzheim se trouvaient donc déjà dans la psychologie, et s'y trouvaient bien étudiées dans leurs phénomènes et dans leurs résultats, sous le nom de besoins, d'instincts, de sentimens, de passions, de vertus, de vices, de crimes même, toutes impulsions naturelles, communes, dans leur essence au moins, aux animaux et à l'homme. Elles constituaient précisément les instincts et les passions les plus aveugles, les plus irrésistibles, les plus brutales, et par cela même les plus indispensables non-seulement à la propagation de l'espèce et à la conservation de ses produits, non-seulement à la formation et au maintien du mariage, de la famille, de la tribu, ces trois premiers degrés de l'état inévitable de l'homme, l'état social, mais encore à la conservation de l'individu, considéré, si cela est possible, hors de l'état de société, et dans un isolement absolu.

Privé de ces instincts, en effet, l'homme ne pourrait se conserver un instant, même comme individu : il y a plus, on ne le concevrait pas. Je laisse de côté l'amour physique et celui de la progéniture, qui font de lui un être sociable; je laisse de côté encore le sens de l'attachement qui y est étroitement lié, et sans lequel on ne concevrait pas la société, une société de gens qui, même sans se haïr, seraient tout-à-fait indifférens l'un à l'autre, n'auraient ni l'esprit de nationalité qui nous fait préférer au reste des hommes 30 ou 40 millions d'individus portant le même nom de peuple que nous; ni même l'amour de l'humanité qui nous porte à donner du secours à un homme, plutôt qu'à l'animal le plus doux. Mais, à part même ces trois penchans, conçoit-on un homme existant comme individu, dans l'état même le plus sauvage, sans l'instinct qui lui fait mettre à mort des animaux plus faibles que lui, pour en faire sa nourriture (sens du meurtre et du courage); sans celui qui le fait se défendre contre les animaux qui l'attaquent (sens du courage et du meurtre); sans celui qui lui fait employer la ruse quand il ne peut pas faire usage de la force (sens de la ruse); sans l'instinct qui lui fait s'approprier le champ où il s'est établi, qu'il a cultivé le premier, et tous les objets pour l'acquisition desquels l'instinct de la destructiont n'est pas nécessaire (sens de la propriété ou du vol); sans l'instinct enfin qui le fait s'abriter contre les ardeurs du soleil, contre la violence des tempêtes, contre les surprises nocturnes des animaux féroces, ne fût-ce que par le plus misérable ajoupa des sauvages de la Nouvelle-Hollande, ou de ceux du détroit glacé de Magellan (sens de la construction).

Aussi presque tous les sentimens, les passions qui représentaient, dans l'ancien langage, ces facultés primordiales instinctives, avaient ils été considérés comme des sentimens ou des *passions naturelles*, et l'on avait positivement appelé de ce nom l'amitié, le courage, la ruse, la convoitise, l'avarice. On ne l'avait pas dit aussi formellement pour l'instinct de la construction et l'instinct carnassier. Mais, dans les animaux, l'innéité, au moins, de ces deux instincts n'avait pas été mise en doute. Il y avait des familles d'animaux constructeurs, les abeilles, les fourmis, les castors; tout un ordre de mammifères, les carnassiers, était basé sur l'instinct de la destruction. Mais il s'agissait de montrer, ou plutôt de formuler, dans l'homme, l'existence de ces deux instincts, et c'est ce que Gall a tenté et accompli.

Le sens de la construction, qui consiste à se faire une habitation pour s'abriter contre le soleil, le vent, la pluie, la foudre, à la munir des meubles nécessaires aux premiers besoins de la vie, à se fabriquer des instrumens pour l'attaque des animaux ou pour se défendre contre eux, ou contre les autres hommes; ce sens, par la nature toute matérielle de son organe, la main, par celle de ses motifs extérieurs d'action et de ses résultats, se prêtait merveilleusement à une analyse superficielle et incomplète. On pouvait ne pas aller plus loin que son instrument et que ses causes d'entrée en exercice, et n'y voir qu'une aptitude manuelle, provoquée par l'action des objets extérieurs; et c'est ce qui ne manqua pas d'arriver. Mais les mêmes raisons qui avaient fait regarder les autres instincts comme des facultés innées, se réunissaient encore pour prouver que, dans celui de la construction, la main n'est que l'instrument d'une aptitude encéphalique, et les impressions venues de dehors que des occasions d'action de ce sens; et la psychologie comparée

venait au secours des raisons que, pour l'homme, on tirait de l'inégalité d'aptitude à construire, dans le cas d'organes en apparence également parfaits. Aussi ne nia-t-on point que le talent de construire et de fabriquer ne fût dû à une aptitude innée, ou plutôt, l'installation de ce penchant passa inaperçue.

Mais il n'en fut pas de même pour l'instinct carnassier, pour le sens du meurtre ou de la destruction. Ce fut presque un concert de malédictions contre le philosophe qui avait osé proposer l'admission d'une pareille faculté dans la psychologie. Assimiler l'homme aux animaux carnassiers, au loup-cervier, au tigre, à l'hyène, en faire un meurtrier, un incendiaire! il y avait là presque de l'immoralité. Et les opposans qui tenaient un pareil langage, oubliant les déclamations paradoxales de Pythagore et de Rousseau, dévoraient dans de longs festins, des *viandes* toutes *saignantes*, et au sortir de là, ils couraient se livrer au plaisir si entraînant et si vrai de dépeupler et d'*ensanglanter* les forêts; s'ils ne pouvaient plus applaudir aux jeux du cirque, aux luttes *à mort* des gladiateurs, voir les premiers chrétiens se débattre sous la dent des lions et des panthères, ils se pressaient aux *combats* de taureaux en Espagne, ou *s'entr'égorgent* des animaux et des hommes : ils *immolaient*, dans des duels frivoles, leurs amis du matin; ils plaçaient la plus grande gloire que l'homme puisse acquérir, dans l'art de conduire à la *boucherie* des armées, des peuples; ils écrivaient, en lettres de *sang*, dans leurs Codes, que la *mort* seule peut prémunir la société contre ces *assassins incorrigibles*, pour lesquels le *meurtre* est un *plaisir* et presque une *nécessité*.... C'était une honte que tant d'inconséquence. Il fallut bien avouer qu'on n'y avait pas vu clair. L'instinct passa, et il fut bien constaté que, pour la conservation de l'espèce et celle de l'individu, ce n'est pas assez de la mort naturelle, et que la mort violente est aussi une institution de la nature.

Gall avait dit que l'organe de l'orgueil n'est autre chose que celui qui fait que certains animaux établissent leur séjour constant sur les hauteurs. Cette idée, d'une simplicité un peu naïve, et qui, dans tous les cas, ne pouvait pas dire pourquoi la majeure partie des animaux habite les plaines et les mers, fut modifiée, ou plutôt complétement changée par Spurzheim, et il institua un sens de l'habitativité dont la cause finale serait de rendre toutes les parties de la terre habitées, et qui ferait vivre le poisson dans l'eau, l'oiseau dans l'air, telle ou telle espèce mammifère dans tel ou tel lieu du globe, et l'homme dans tous les climats; tantôt nomade, quand chez lui ce sens serait peu développé; tantôt agriculteur, quand c'est le contraire qui aurait lieu.

L'idée de Gall était mal élaborée. Celle de Spurzheim me semble fausse; il n'est pas besoin d'un instinct de l'habitativité. Parmi nos besoins physiques, facultés non intellectuelles, forces viscérales de la moelle allongée et de la moelle épinière, parmi ces besoins ou leurs différens modes, se trouve celui de respirer l'air de telle façon, dans l'eau ou dans l'air, et dans des régions diversement élevées de l'atmosphère; celui de vivre de tel ou tel aliment qui ne vient qu'en tel ou tel lieu du globe; celui de se mouvoir de telle ou telle façon, d'abord dans un but relatif à l'alimentation ou à la respiration, ensuite dans le but seul de se mouvoir; d'autres besoins que je n'énumère pas, et qui sont en harmonie avec les diverses régions habitables des continens et des mers. Que l'on admette, avec M. de Lamark, que l'habitation ait pu anciennement produire les besoins, ou bien, avec Gall, que les besoins aient primitivement déterminé l'habitation, ou mieux, que ces deux choses aient toujours marché parallèlement, et dans une sorte d'harmonie préétablie, toujours est-il que, dans l'état actuel de la nature, ce sont les besoins qui nécessitent le lieu et le genre d'habitation, et, bien que l'homme soit cosmopolite, comme il est polyphage, ce n'est qu'avec le temps que ses besoins, aussi bien que ses mœurs et ses institutions, se modifient par le climat, ainsi que le prouve amplement l'histoire des races et celle de leurs migrations.

Eh bien! les animaux et l'homme ont et doivent avoir la faculté de s'*attacher* aux lieux, aux objets de toute nature avec lesquels les besoins de leur organisation les obligent d'avoir des rapports constans et *habituels*, et cet *attachement*, cette *habitude* n'est autre chose que le plaisir à vivre, à étendre la sphère de son existence, à s'identifier, par ses sensations et sa pensée, au plus grand nombre d'objets possible. Cette faculté, appliquée aux lieux où l'on vit, est l'*habitativité*, l'amour du sol natal, de la patrie. Prise dans son acception la plus restreinte, et appliquée à certaines personnes, c'est l'*amitié*, qui est rarement aussi sympathique qu'on a bien voulu le dire, et qui se trompe souvent dans ses sympathies, mais qui s'augmente par le temps, par une habitude qui date des premières années de la vie, souvent même quand la manière de sentir et la portée d'esprit des amis sont loin d'être les mêmes. Cette faculté d'aimer, appliquée enfin à toutes les personnes, ou à tous les êtres qui ont vie, est la *bienveillance*, qui n'est ainsi que l'attachement porté à un degré très-général, et ne tenant pas compte des motifs de préférence, ou d'habitude, qui déterminent un choix dans l'espèce d'attachement qu'on nomme amitié. Il n'y a donc pas, comme je le disais, à admettre avec Spurzheim un sens particulier de l'habitativité. Cet instinct rentre dans le sens général de l'*attachement* ou de l'*habitude*, qui comprend aussi le penchant à l'amitié et le sentiment de la bienveillance; mais qu'on peut toutefois laisser parmi les penchans, puisqu'il donne à certains animaux, comme à l'homme, les élémens de leur sociabilité, c'est-à-dire encore des moyens immédiats de conservation de l'espèce et de l'individu.

Il résulte de tout ce que je viens de dire que tous les matériaux de la systématisation des penchans de Gall existaient non-seulement dans la nature, mais dans la science psychologique, souvent même la plus usuelle. Mais ils y étaient épars, disséminés; ils ne faisaient point partie du même ordre de faits ou de principes. Ils n'étaient point rangés sous la même dénomination ou sous des dénominations parallèles, dans une science pourtant où les mots sont la moitié des choses. Par exemple, l'amour proprement dit, et celui des enfans, considérés surtout chez les femelles, les mères, avaient été comme dédoublés; leur partie tout-à-fait physique faisait partie des fonctions génératrices, sous le nom de coït, de fécondation, de gestation, d'accouchement, de lactation. Leur partie intellectuelle rentrait et dans les sentiment des passions sous le nom d'amour

proprement dit et d'amour maternel. C'était aux passions encore, c'est-à-dire à la morale, à la volonté, qu'appartenaient l'amitié, le courage, l'avarice. Quant à l'instinct du meurtre ou de la destruction, à celui de la propriété ou du vol, bien qu'ils ne fussent représentés dans la science ou dans le langage usuel par aucun nom spécifique, ils trouvaient des types nombreux dans la psychologie hors ligne des animaux et des malfaiteurs.

Mais il s'agissait de ne pas s'arrêter aux noms ; il fallait, dans toutes ces formes, dans tous ces points de vue psychologiques, remonter aussi haut que cela est possible, suivant le principe qui a présidé à l'institution de la phrénologie ; il fallait diviser autant que la nature paraîtrait l'avoir fait elle-même, et établir des forces ou des facultés d'où découlassent, tout expliqués, les divers faits affectifs qui composent le domaine des instincts ou des penchans communs aux animaux et à l'homme ; instincts ou penchans qui, chez ce dernier, sont nécessaires à sa conservation comme individu et comme espèce, dans son état même le plus simple, et si l'on peut ainsi dire, le plus primitif, dans un état qui n'est point contre nature, parce qu'il est encore un état social, l'état de sauvagerie. Or, tout ce que j'ai dit précédemment me semble prouver que c'est là ce que Gall a fait, et qu'il l'a fait avec autant d'exactitude et de vérité qu'il est possible d'en donner à une systématisation psychologique. Le premier genre des facultés affectives, le genre des penchans tel que l'a établi la phrénologie, pourra donc sembler fondé dans la nature, si l'on en bannit, comme je l'ai fait, le sens de l'*habitativité* qu'y avait introduit Spurzheim ; et il comprend tous les instincts que nous pouvons concevoir comme indispensables à la propagation de l'espèce et à sa conservation.

L'amour physique fait l'espèce.

L'amour des enfans, en la protégeant, commence à la conserver.

L'instinct du courage et celui de la destruction fournissent à la défense et à l'alimentation de l'individu.

Celui de la propriété pourvoit encore à son alimentation, et en outre, à tous les autres besoins qui tiennent plus immédiatement à sa conservation dans l'avenir.

Celui de la ruse, qui a le même but que les trois précédens, s'y adjoint ou les supplée.

Celui de la construction donne à l'homme un abri, des ustensiles, des meubles, et les instrumens nécessaires à son alimentation et à sa défense.

Celui, enfin, de l'attachement ou de l'*habitude* lui fait *habiter*, avec bonheur, les lieux, même en apparence les moins faits pour procurer cette sensation, et, en lui donnant les élémens indispensables de sa sociabilité, l'amitié et la bienveillance, il lui fournit de nouveaux et puissans moyens de conservation individuelle.

Toutefois, il importe de le remarquer encore, cette systématisation des instincts de conservation, communs aux animaux et à l'homme, repose, en très-grande partie, comme tous les systèmes de ce genre, sur un artifice de langage, qui pourrait être différent, sans rien perdre de sa vérité ; mais ce serait toujours à deux conditions. D'une part, de représenter tous les actes, soit intellectuels, soit physiques, qu'exécutent les animaux et l'homme, dans le but immédiat de leur conservation et de leur propagation ; d'autre part, de rappeler que l'intensité de ces actes est souvent dans une proportion inverse à celle de l'intensité d'action des objets extérieurs sur les sens, ou, en d'autres termes, qu'ils sont dus à une action surtout spontanée de l'encéphale. S'il en est ainsi, on comprendra qu'elle témérité il y aurait à vouloir assigner, dans cet organe, des organes spéciaux à des facultés peut-être purement nominales. Une localisation pareille n'est pas nécessaire en principe, et l'on a eu *essentiellement* tort d'arguer, à cet égard, de ce qui a lieu dans l'ordre physique des actes de l'organisme, à ce qui peut être dans leur ordre intellectuel. Ce serait à l'observation seule à décider, et, à coup sûr, elle est encore loin de l'avoir fait ; elle est loin surtout d'avoir apporté, dans l'examen de ces matières scabreuses, où le ridicule touche de près à la vérité, cette sévérité et cette réserve qui ne permettent pas à la plaisanterie de prendre, dans la polémique, la place des raisons et des faits.

CHIRURGIE PRATIQUE.

Remarques nouvelles sur les pessaires en caoutchouc et sur les plaques faites de la même substance, pour garantir certaines cicatrices ; par le Docteur ROGNETTA.

Je vois avec satisfaction que, depuis la publication de mon travail sur les pessaires en caoutchouc (1), la fabrication et l'emploi de ces instrumens se répandent de plus en plus, tant en France qu'à l'étranger. Deux mécaniciens de Paris, qui construisaient autrefois sous ma direction des pessaires en résine naturelle, reçoivent maintenant pour leur propre compte des commandes pour les provinces ; et je lis aussi avec plaisir, dans un journal italien (2), que M. Longo vient de présenter à l'Academie médico-chirurgicale de Naples des échantillons de pessaires en caoutchouc qu'il venait de construire d'après mon procédé. Ce n'est maintenant que pour faire connaître les modifications importantes que je viens de faire subir à mes pessaires, et le nouvel emploi que je viens de faire de la résine du Brésil pour garantir certaines lésions chirurgicales, que je m'empresse de publier cette note.

Deux reproches avaient été faits à mes pessaires cylindriques : le premier était d'être un peu trop compliqués, à cause des trois lisières que je leur avais associés pour les soutenir ; le second était de maintenir toujours dilaté le canal vulvo-utérin. Je dois avouer ici avec vérité que j'ai noté moi-même ces deux inconvéniens dans la pratique ; aussi me suis-je hâté d'y remédier. Je décrirai d'abord un pessaire de forme nouvelle que je viens de construire et d'employer avec succès, et qui ne me paraît avoir aucun

---

(1) V. *Considérations sur le cystocèle vaginal*, etc. Broch, in 8°, 100 pag. Chez. Deville-Cavalin, libraire, rue de l'École-de Médecine.

(2) Il Filiatre Sebezio, mars 1834, p. 188.

des inconvéniens qu'on reprochait aux premiers. Ce pessaire, qui est aussi en caoutchouc pur, sans tissu intérieur ni suture, je l'appelle *infundibuliforme*, parce qu'il représente en effet une sorte d'entonnoir. Cette seule dénomination me dispense, je crois, de la nécessité de donner ici une description très-détaillée de cet instrument, pour le faire bien comprendre. Je dirai seulement qu'à force d'expérimenter continuellement les propriétés physiques de la résine brésilienne, je suis parvenu à donner à ces nouveaux pessaires toute la mollesse, l'élasticité, le poli et la durabilité désirables. Les faits authentiques que je rapporterai plus bas, mettront ceci hors de contestation.

Lorsque j'ai à traiter un simple prolapsus de la matrice, je ne me sers plus maintenant du pessaire cylindrique, ainsi que je le faisais autrefois : j'emploie en place un pessaire *infundibuliforme* qui me réussit constamment. Le pessaire infundibuliforme est construit de manière qu'une fois placé dans le fond du vagin, les parois de ce conduit s'affaissent au-dessous du cercle supérieur de l'entonnoir élastique, y forment une espèce de bourrelet, et l'instrument reste seul en position, sans lisière ni autre appareil. J'ajouterai que la queue de ce pessaire, qui arrive jusqu'à la vulve, et qui est grosse comme un petit doigt, étant très-élastique, je la replie en dedans du vagin, derrière la fourchette de la femme. Elle fait là l'office d'un ressort, agissant incessamment de bas en haut, et s'opposant à la descente et au déplacement du pessaire. Je dois à M. le professeur Dupuytren l'idée de remplir de la sorte la partie inférieure de l'instrument. Mais, avant de nous livrer à d'autres considérations, voyons si l'expérience est d'accord avec les propositions que nous venons d'avancer.

Obs. I. M. le docteur Evrat, jeune, m'a adressé, il y a quelques mois, une de ses clientes, atteinte de descente de matrice, pour lui poser un de mes pessaires. Je me suis servi d'un pessaire infundibuliforme. Cet instrument, sans avoir aucunement gêné la femme, a si bien réussi, qu'aujourd'hui, septième mois après l'usage constant du pessaire, elle se trouve complétement guérie de son mal ; je dis *complétement guérie*, car la malade peut à présent rester des journées entières sans porter de pessaire, et la matrice ne descend plus à la vulve ; les douleurs aux reins et aux aines qu'elle éprouvait auparavant, sont entièrement disparues. Toutefois, cette dame n'a pas encore définitivement renoncé à l'usage du pessaire ; lorsqu'elle a de grandes courses à faire, soit à pied, soit en voiture, elle a l'attention de remettre son pessaire. La femme ôte et remet elle-même, sans aucune gêne, son instrument ; elle en a deux, qu'elle change et lave toutes les semaines dans de l'eau fraiche un peu savonneuse.

Deux circonstances rendent cette observation remarquable, ainsi que M. Évrat a pu s'en assurer lui-même : 1° la guérison radicale de la descente de la matrice par l'usage constant d'un pessaire ; 2° l'inaltérabilité de l'instrument après sept mois d'usage.

Obs. II. — Une dame de Strasbourg s'est rendue exprès à Paris, il y a quelques mois, pour se faire traiter d'une descente complète de l'utérus avec renversement du vagin. Tous les pessaires plats ordinaires avaient échoué sur cette malade ; l'instrument tombait aux premiers pas qu'elle faisait pour marcher, et les viscères se précipitaient sur-le-champ hors de la vulve. Je lui ai appliqué un de mes pessaires infundibuliformes, et les organes ont été solidement retenus en leur place naturelle. Cette dame m'écrit maintenant qu'elle se trouve très-bien, et que la chute de la matrice ne s'est plus reproduite depuis qu'elle fait usage de cet instrument. Elle ôte elle-même son pessaire tous les huit jours pour le laver et le laisser reposer, elle le remplace par un autre pareil dont elle s'était munie.

Obs. III. — Il y a quelques jours encore, M. Bérard jeune m'a prié d'appliquer un pessaire infundibuliforme à une de ses malades à l'hôpital Saint-Antoine, ce que j'ai fait en sa présence et en celle de plusieurs de ses élèves. Cette application n'a laissé rien désirer ; et je ne doute point que, dans quelques mois d'ici, cette malade ne se trouve radicalement guérie de sa descente utérine si elle a soin de tenir toujours en place son pessaire, et de l'alterner tous les huit à dix jours avec un autre pareil, pour l'avoir toujours propre.

Je pourrais rapporter ici plusieurs autres faits pareils aux précédens pour prouver l'efficacité et la bonté du nouveau pessaire que je présente aujourd'hui ; mais ceci n'ajouterait pas beaucoup aux assertions que je viens d'émettre. Bornons-nous plutôt à d'autres considérations sur le même sujet.

Ceux qui ont appliqué ou vu appliquer des pessaires ordinaires pour des descentes de matrice, ont pu remarquer quels efforts il faut de la part du chirurgien et quelles douleurs la femme éprouve durant cette introduction de l'instrument, soit qu'il soit plat, en tissu vernissé, soit qu'il soit en bilboquet et en ivoire. Ceci tient : 1° au manque d'élasticité de ces pessaires ; 2° au volume trop grand qu'il faut leur donner pour qu'ils puissent rester dans le fond du vagin. Ainsi que je le disais autrefois, pour pouvoir rester quelque temps en place, les pessaires ordinaires doivent entrer aussi serrément dans le fond du vagin qu'une pièce de monnaie qu'on ferait entrer par force à plat dans une bourse étroite. De là les vaginites et les autres inconvéniens que j'ai déjà signalés ailleurs. Ajoutez à cela que le pessaire ordinaire n'étant composé que d'étoffe vernissée d'huile de lin, se pourrit en peu de temps dans le vagin et devient la source d'autres accidens. C'est par les propriétés contraires que les pessaires en caoutchouc sont supérieurs à ceux que je viens de nommer.

La grande élasticité dont jouit la résine brésilienne me permet de presser mon pessaire entre trois doigts avant de l'introduire ; j'en diminue ainsi considérablement le volume et l'introduis dans le vagin de la femme sans que celle-ci éprouve la moindre douleur ; certaines femmes même ne s'aperçoivent qu'à peine de cette manœuvre. Je lâche alors la pression, et le cercle de l'entonnoir se déploie par son élasticité naturelle ; le pessaire reste en place, à peu près comme un obturateur du palais est retenu par ses ressorts, qui appuient sur la face interne des os de la voûte palatine.

Je n'ai pas pour cela complétement renoncé à l'usage de mon ancien pessaire cylindrique. J'y ai seulement apporté des modifications et restreint son emploi dans des limites moins étendues ; c'est ce que je vais faire connaître.

Le pessaire cylindrique en caoutchouc n'avait été inventé que pour contenir la vessie urinaire dans le bassin de la femme lorsqu'elle ferait hernie dans le vagin. Ce but ne peut être encore atteint d'une manière satisfaisante que par cet

instrument. Aussi continué-je à m'en servir dans les cas de cette nature. Mais comme les trois lisières que j'avais jointes à ce pessaire ont paru à quelques praticiens compliquer l'appareil, je les ai supprimées entièrement et laissé le cylindre tout simple. Ce cylindre, dont j'ai beaucoup perfectionné maintenant la confection mécanique, est posé dans le canal vulvo-utérin sans autre appareil, et il soutient la vessie de la manière que j'ai déjà expliquée ailleurs. Je ferai seulement remarquer que, lorsqu'il s'agit d'une femme dont toute la cloison charnue du détroit inférieur du bassin se trouve dans un état de relâchement extrême ; que le vagin, la matrice, la vessie et le rectum sont dans le prolapsus, ainsi que j'en ai vu des exemples, les lisières que j'avais associées à mon pessaire deviennent indispensables. Sans cela, rien ne tient dans le vagin, les appareils contentifs les mieux imaginés tomberont aux premiers pas que la femme fera pour marcher, ou bien aux premiers efforts pour vider son rectum ou sa vessie. Les lisières sont donc dans ce cas non-seulement indispensables pour retenir l'instrument en place, mais aussi elles donnent un point d'appui à toutes les parois presque flottantes du périnée. Je vais en citer un exemple.

Obs. IV. — Dans l'été dernier, une femme, couchée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, présentait l'espèce de relâchement de toute la paroi sacro-pubienne dont je viens de parler ; la matrice, le vagin et la vessie formaient une masse effrayante à voir entre les cuisses. L'écoulement abondant et les douleurs que la malade éprouvait avaient épuisé ses forces ; elle était devenue très-maigre et ne pouvait presque plus marcher, depuis quelque temps. Les tentatives, faites en ville, pour soutenir dans la réduction ces organes, avaient été infructueuses, car le manque de fourchette et la relaxation très-considérable de toutes les parties molles ne laissaient prise à aucune espèce de pessaire ordinaire. M. Dupuytren a eu la bonté de m'inviter à essayer mon pessaire cylindrique sur cette femme, ce que j'ai fait sous ses yeux, et avec succès. Quelques jours après l'usage de ce pessaire, la femme a pu se promener dans les salles, sans souffrir aucunement et sans que les organes se déplaçassent de nouveau. Cette malade a dit à M. Dupuytren, que *les lisières de l'instrument ne l'incommodaient nullement en marchant*; elle a ajouté même *que les courroies lui soutenaient commodément la partie inférieure du ventre*. Quelque temps après sa sortie de l'hôpital, j'ai revu cette femme, elle se trouvait parfaitement bien de l'usage du pessaire, les organes génito-urinaires n'avaient plus reparu au-dehors, elle avait pris de l'embonpoint, de la force et aidait son mari à traîner une charrette de fruits dans les rues. Je lui ai fourni, gratis, un second pessaire pareil au précédent, et je ne l'ai plus revue depuis.

Tout en reconnaissant les avantages que les trois lisières vissées pouvaient offrir dans quelques circonstances très-graves, quelques praticiens leur ont reproché l'inconvénient d'être toujours mouillées près de la vulve lorsque la femme avait un écoulement abondant par le vagin, ce qui pouvait non-seulement incommoder, mais même excorier les grandes lèvres et les aines. Cela est vrai : cet inconvénient est réel. Aussi me suis-je empressé de le faire disparaître, *en doublant les lisières d'une chemise de taffetas vernissé*. On sait que ce tissu, dont certaines nourrices se servent pour tabliers, est très-propre à garantir une étoffe quelconque de l'humidité extérieure, sans presque rien ajouter à l'épaisseur ni au poids de l'étoffe même. Aussi cette substance remplit-elle parfaitement le but de son application dans le cas des pessaires dont nous venons de parler. Pour tenir toujours propres les lisières en question, il faut que la femme qui en fait usage en ait plusieurs paires à sa disposition, qu'elle change et lave elle-même tous les jours ; elle renouvellera aussi de temps en temps la doublure de taffetas, et le tout pourra ainsi aller jusqu'à guérison, si guérison complète il peut y avoir dans certains cas de ce genre.

Je me résumerai donc sur ce sujet en disant : 1° que dans les cas de descente simple de la matrice, les nouveaux pessaires infundibuliformes en caoutchouc remplissent mieux que tous les autres les indications que le mal présente ; 2° que pour le cystocèle vaginal simple, le pessaire cylindrique sans lisière peut suffire dans le plus grand nombre des cas; 3° enfin, qu'en cas de relâchement considérable des organes contenus dans le petit bassin de la femme et de la cloison périnéale, des lisières sont indispensables pour soutenir un pessaire, à moins que quelque mécanisme plus convenable ne soit inventé pour cet objet.

J'arrive maintenant aux plaques en caoutchouc, dont je veux parler comme d'un objet chirurgical très-propre pour garantir certaines cicatrices, ou certaines lésions organiques, de l'impression des corps extérieurs.

Tout le monde sait que les pertes de substance de la boîte crânienne ne sont pas remplacées par une reproduction osseuse. Après l'opération du trépan céphalique, après l'ablation d'une partie plus ou moins large des os du crâne, soit par blessure, soit par nécrose, soit par érosion, il ne se forme à la place de la perforation qu'une cicatrice particulière, *non osseuse*, qui reste dans cet état pendant toute la vie de l'individu. L'étude de ces sortes de cicatrices a dernièrement fourni matière à M. le baron Larrey d'un savant mémoire qu'il vient de lire à l'Académie des sciences. Ces cicatrices, si elles sont laissées à découvert, deviennent très-incommodes aux individus qui les portent ; l'impression de l'air, du froid, du bruit des voitures, des cloches, etc., les incommodent singulièrement, sans compter le danger auquel ils seraient exposés de voir leur cicatrice se rompre par l'action de quelque corps extérieur. Aussi A. Paré conseillait-il à ces blessés l'usage d'une calotte en cuir bouilli. M. Larrey a observé avec raison que ces sortes de calottes n'étaient pas sans inconvénient ; aussi les a-t-il remplacées par des plaques en or ou en argent. On peut voir à l'hôtel des Invalides plusieurs de ces braves vétérans, blessés à la tête, porter de ces plaques en or sur leurs cicatrices crâniennes. Ce sont des espèces de soucoupes, larges comme la paume de la main ou davantage, soutenues par trois tiges métalliques de plusieurs pouces de long, qui prennent leur point d'appui sur le diamètre bipariétal de la tête et à l'occiput.

Ces plaques métalliques me paraissent présenter plusieurs inconvéniens : 1° leur contact immédiat sur une tête chauve doit être fort incommode en hiver, surtout dans les climats très-froids ; 2° leur prix élevé ne permet pas à tous les blessés d'avoir des plaques pareilles, en or ou en argent ; 3° les personnes qui en font usage sont obligées d'ôter leur plaque la nuit en se couchant, car les tiges sur lesquelles la tête

appuie deviendraient fort douloureuses. Ajoutez à cela que la cupidité ou le besoin pourrait peut-être tenter quelques individus à se défaire de leur plaque en or, et laisser ainsi leur cicatrice exposée aux inconvéniens que nous venons d'indiquer.

Aussi ai-je proposé à M. le baron Larrey de lui faire des calottes en caoutchouc, pour remplacer les plaques métalliques dont on faisait usage. Ce praticien a eu la complaisance d'accepter ma proposition. J'ai donc pris le modèle en papier sur une de ces plaques qu'un invalide portait sur la région frontale. J'en ai construit une pareille, en caoutchouc; je me suis pour cela servi de la résine noire, parce qu'elle est plus douce que la gomme nacrée. J'ai pratiqué deux fentes sur les parties latérales de la plaque, j'ai passé une aune de ruban noir assez fort par ces fentes, pour l'attacher autour de la tête; les deux chefs du ruban ont été passés de dehors en dedans, dans les fentes, un de chaque côté, de manière que son milieu répondit à la partie centrale externe de la plaque; de la sorte la calotte se trouve bordée extérieurement par le ruban qui passe par dessus, et qui l'assure solidement en place. On attache le ruban soit à l'occiput, soit au front, soit sous le menton, suivant la position de la cicatrice.

Cette première calotte a par conséquent été essayée sur le même militaire dont je viens de parler; elle nous a paru remplir le but de son application; seulement quelques personnes ont fait observer que la chaleur de la tête pourrait peut être ramollir la résine et rendre la calotte trop douce. Je ferai remarquer à cette occasion que la chaleur du cuir chevelu (qui n'est jamais très-considérable) ne peut au contraire que rendre plus commode l'usage de la plaque, car, à l'aide de cette chaleur, la plaque se moule parfaitement sur la forme de la partie, et garantit à merveille la cicatrice; c'est là une espèce de bouclier ou de cartilage élastique qui résiste à l'action des corps extérieurs, comme les côtes flottantes font par rapport au foie et à la rate. D'ailleurs, il n'est pas difficile de rendre ces plaques aussi résistantes qu'on le désire; on n'a pour cela qu'à se servir de la gomme nacrée en place de la noire. Le caoutchouc nacré, qui est aussi léger, mais beaucoup plus résistant que le noir, peut, s'il est bien choisi et bien travaillé, très-bien remplir toutes les indications que les cas de ce genre présentent.

En attendant que l'expérience m'ait mieux instruit sur ce sujet, je pense :

1° Que les calottes en caoutchouc peuvent avantageusement remplacer les plaques métalliques dont nous venons de parler;

2° Que dans les cas d'hydrocéphale, d'encéphalocèle (hernie du cerveau) de fongus de la dure-mère prêt à s'ulcérer, de carie et de nécrose des os du crâne, on pourrait se servir très-utilement de ces sortes de calottes pour défendre la partie malade de l'action des corps extérieurs;

3° Que la tumeur du spina bifida et certaines tumeurs sanguines pourraient non-seulement être couvertes avantageusement par ces sortes de sous-coupes de résine, mais aussi être comprimées convenablement;

4° Enfin, que certaines cicatrices de la poitrine et du ventre, telles que celle qui résulte de l'ablation du sein cancéreux chez la femme, etc., et dans une foule d'autres lésions analogues aux précédentes, dont le contact des corps extérieurs peut être nuisible, l'usage des plaques en caoutchouc pourrait peut-être rendre de grands services. Dans toutes ces circonstances aucune autre substance ne saurait, à mon avis, remplacer la gomme brésilienne, qui joint à la souplesse, une résistance remarquable, et qui est inaltérable à l'action de la sueur comme à celle de toute autre sécrétion ou excrétion du corps.

ROGNETTA, D.-M.

N° DU 21.

CHIRURGIE PRATIQUE.

Mémoire sur l'amputation du col de l'utérus, par M. J. LISFRANC, Chirurgien en chef de la Pitié, etc.; lu à l'Académie des sciences le 2 juin 1834.

§ I. — Considérations générales.

A une époque, malheureusement trop rapprochée de nous, une grande obscurité régnait encore sur l'histoire des maladies de l'utérus. Tantôt elles étaient entièrement méconnues ou négligées, comme de trop simples incommodités, tantôt, au contraire, on les considérait, quand elles étaient un peu développées, comme essentiellement mortelles. C'est alors que les médecins, frappés de l'impuissance de l'art, étaient forcés de se retrancher dans le domaine des moyens palliatifs; ils voyaient toujours leurs malades succomber en proie à tout ce que la douleur montre de plus affreux. Mais, depuis quelques années surtout, les recherches nombreuses d'anatomie pathologique et d'anatomie chirurgicale ont jeté un grand jour sur cette partie importante de la pathologie. Les moyens d'exploration sont devenus et plus nombreux et plus certains. Les causes des affections de l'utérus ont été recherchées avec un soin et une attention dont on a bientôt recueilli les heureux résultats. On a démontré, par exemple, et l'expérience a sanctionné ces faits, que, dans la plupart des cas, les écoulemens blancs, les pertes utérines rouges, les prolapsus de la matrice n'étaient point des maladies essentielles, comme on l'avoit cru jusqu'alors, mais bien des symptômes d'altérations plus ou moins profondes des tissus de l'utérus.

Par un examen plus rigoureux des signes des altérations de ces tissus, on est parvenu à établir des distinctions nouvelles, à prouver par l'anatomie pathologique et par la thérapeutique que beaucoup d'entre elles étaient moins graves qu'on ne l'avait pensé et que souvent elles n'étaient ni carcinomateuses, ni même squirrheuses; que presque toujours elles débutaient par un état très-simple et qu'attaquées à une époque qui n'était pas trop éloignée de leur début, on ne les avait presque jamais vues encore, à l'hôpital de la Pitié, résister aux moyens de traitement nombreux dirigés contre elles.

Depuis, en effet, qu'un très-grand nombre de femmes sont sorties guéries de notre hôpital sans avoir été opérées, les malades viennent plutôt nous demander des soins; et,

au lieu de faire, comme il y a quatre ou cinq ans, quinze amputations du col de l'utérus par année, à peine en pratiquons-nous maintenant une ou deux. Nous devons ajouter que le nombre des malades a toujours été croissant.

Cependant, nous l'avons dit, il est des exceptions; il n'est pas de méthode qui n'échoue quelquefois. C'est alors que, comme dernière ressource, l'amputation du col de l'utérus devra être pratiquée. Tous les chirurgiens savent d'ailleurs qu'il est grand nombre de femmes qui, par pudeur, se refusant à l'examen nécessaire, laissent marcher le mal assez loin pour qu'une opération devienne encore indispensable; je dois le dire, malgré que les idées nouvelles sur les maladies de l'utérus aient déjà plusieurs fois été publiées, les erreurs anciennes sont tellement enracinées, que beaucoup de médecins restent trop souvent tranquilles spectateurs des progrès du mal; heureuses sont alors les malades s'il n'a pas fait des progrès qui le mettent au-dessus des ressources qu'offre encore l'opération.

§ II. — Indications et contre indications.

Nous allons examiner les cas dans lesquels on devra tenter l'amputation du col de l'utérus :

1° Lorsque le cancer est bien caractérisé et qu'il est assez profond pour qu'on ne puisse pas essayer la cautérisation.

2° Lorsque la maladie ne s'étend pas au-dessus de la partie supérieure de l'insertion utérine du vagin.

3° Quoique l'existence du carcinôme ne soit pas bien constatée, je pense qu'on doit encore opérer, si la santé générale fléchit tous les jours davantage; si les autres moyens thérapeutiques ne guérissent pas la maladie ou ne l'amendent point, et s'ils ne l'empêchent pas même de faire des progrès qui menacent d'enlever tout espoir de guérison.

Ne sait-on pas d'ailleurs qu'il est des ulcères non-cancéreux de la jambe, qui par leur influence extrêmement délétère sur l'économie, exigent le sacrifice de ce membre? Pourquoi des ulcères simples de la matrice n'auraient-ils pas cette même influence sur la constitution de la femme? L'utérus exerce des sympathies beaucoup plus grandes sur tous les autres viscères.

L'expérience a démontré que des ulcérations simples, non carcinomateuses, de l'utérus, pouvaient être mortelles quand on ne les enlevait point.

4° On conseille généralement de ne point opérer toutes les fois qu'il existe de l'engorgement sur le corps de la matrice; je crois que cette opinion est trop exclusive. Je vais soumettre à l'Académie les argumens qu'on peut lui opposer.

Les accoucheurs ont démontré que, dans les cas même de grossesse extra-utérine, la matrice offrait ordinairement le double de son volume; j'ai vu les mêmes résultats quand il avait existé pendant quelque temps une inflammation profonde dans le bassin. Le col de l'utérus étant assez malade pour qu'une opération soit indispensable, le corps de la matrice devient plus volumineux; j'en ai eu la preuve par l'autopsie sur quelques femmes mortes peu de temps après l'opération. Je me suis assuré que quand, dans les cas que je viens de citer, la matrice n'était pas doublée de volume, il ne s'agissait que d'une hypertrophie simple, qui ne devait pas arrêter le praticien. Ce principe a été sanctionné plusieurs fois par l'expérience à l'hôpital de la Pitié.

5° L'utérus est-il plus volumineux que dans les circonstances ci-dessus indiquées? Nous croyons que, si la maladie existe presque sans douleur, il n'est pas certain qu'on ait à combattre un cancer, ni même un squirrhe, et qu'en pareille occurrence, par cela même que les femmes, de l'avis de tous les médecins, sont vouées à une mort certaine, on doit tenter l'ablation du col de la matrice; je l'ai vue réussir. L'augmentation du volume de l'organe était constituée par l'engorgement blanc simple, qui se dissipa après l'opération; mais, avant de recourir à ce moyen extrême, il faut essayer, ce qui nous a réussi plusieurs fois, de ramener le corps de la matrice à son état presque normal.

6° Une question d'une grande importance doit fixer très-spécialement l'attention du chirurgien : le cancer de l'utérus est celui qui produit le moins souvent des engorgemens sur les organes qui l'avoisinent.

Depuis long-temps Bayle a signalé cette circonstance, que nous avons vérifiée et qui vient à l'appui de cette idée, que les maladies de l'utérus sont moins souvent carcinomateuses qu'on ne le pense généralement; c'est encore par ce beau fait d'anatomie pathologique, qu'on explique pourquoi, quand on enlève par notre méthode le cancer du col de l'utérus et une certaine quantité de tissus sains qui l'environnent, on obtient des succès beaucoup plus nombreux que quand l'ablation des carcinômes est pratiquée sur d'autres localités.

7° Est-il besoin de rappeler ici que nous avons prouvé ailleurs par l'anatomie pathologique et par la thérapeutique, qu'une tumeur qu'on croyait carcinomateuse dans toute son étendue, ne l'était souvent que dans son centre? De là la possibilité de la réduire souvent des deux tiers; l'expérience a sanctionné ces faits.

8° Est-il permis d'opérer quand un engorgement a doublé le volume des ovaires? L'un des membres de cette Académie, M. Larrey, nous a montré une malade sur laquelle il a réussi. Notre pratique nous a fourni un fait de ce genre.

9° Les chirurgiens rejettent en général l'opération du cancer, lorsqu'il existe autour de lui des ganglions lymphatiques engorgés qu'on ne peut pas enlever. Des observations de Desault, de Sœmmering, sont en opposition avec ce précepte, quoiqu'on ne possédât pas, à l'époque où ces grands hommes ont écrit, les idées thérapeutiques que l'art applique maintenant aux indurations.

Dans nos sciences comme en beaucoup d'autres choses, c'est parce qu'on ne sait pas établir la distinction des cas, qu'on donne dans des exagérations. Si ces ganglions lymphatiques sont peu nombreux, récens, peu volumineux, non adhérens, nous partageons l'opinion des deux hommes distingués que nous venons de citer. Lorsque la Faculté de médecine de Paris nous chargea de faire la clinique externe de perfectionnement, nous montrâmes à l'Académie royale de médecine une malade sur laquelle, en suivant les préceptes que nous adoptons, nous obtînmes le plus heureux résultat.

10° Toutes les fois qu'un viscère est malade, l'art commande de ne point opérer avant que ce viscère ne soit revenu à son état normal; mais les maladies de l'utérus exercent plus spécialement leur sympathie sur le thorax, et les malades sont fréquemment tourmentées par de violentes palpitations du cœur. s'agit-il alors d'un état nerveux de ce viscère ou bien d'une altération de son tissu? le diagnostic me paraît bien difficile à établir, au moins dans beaucoup de cas; car les hommes qui se sont le plus occupés de l'emploi du sthétoscope, restèrent dans le doute pour un fait de ce genre à l'hôpital St-Côme, où je les avais priés de venir m'aider de leurs conseils. La femme fut opérée : elle guérit. Elle a même depuis accouché très-heureusement.

L'étendue de ce mémoire ne me permet par de traiter l'hérédité du cancer et la diathèse cancéreuse.

Nous devons maintenant décrire l'amputation du col de l'utérus; mais avant tout prouvons de nouveau que, dans l'état actuel de nos sciences, la médecine opératoire est essentiellement basée sur l'anatomie chirurgicale.

§ III. — Anatomie chirurgicale.

On croyait que le vagin s'insérait sur le col de l'utérus, dans une étendue linéaire. De cette fausse notion d'anatomie résultait, quand on opérait, qu'on craignait toujours d'atteindre le péritoine; que souvent on n'enlevait pas la totalité du mal, ou bien que l'on coupait trop près de lui, circonstance qui amenait des insuccès si nombreux, qu'on avait presque entièrement renoncé à l'amputation du col de l'utérus. J'ai démontré que la partie supérieure du vagin recouvre très-largement le col utérin. Il existe en avant, entre la partie inférieure de ce col et le péritoine, 9 lignes d'étendue; il y en a 10 en arrière. J'ai fait ces recherches sur un très-grand nombre de cadavres, et jamais, quand le col de la matrice était normal, ces mesures n'ont été inférieures. Je n'ai pas besoin de rappeler qu'elles sont moindres chez les vieilles femmes, dont la matrice est pour ainsi dire atrophiée.

Je ne parle pas des variétés de longueur du col de l'utérus, les accoucheurs les ont parfaitement bien signalées; mais un fait d'une grande importance avait échappé aux investigations des physiologistes, c'est la connaissance de ce fait qui explique pourquoi on peut amener si facilement et sans accident le col de l'utérus à la vulve. Introduit-on un spéculum dans l'intérieur du vagin, l'orifice supérieur de cet instrument embrasse-t-il le col de l'utérus, qui est refoulé le plus possible, commande-t-on alors à la femme de faire des efforts comme si elle se livrait à la défécation? on voit descendre le spéculum poussé par l'utérus, qui ordinairement arrive à un pouce ou un pouce et demi de l'orifice inférieur du vagin.

§ IV. — De l'amputation du col de l'utérus.

L'on croit généralement que Lauvariol conseilla cette opération en 1780. Osiander la pratiqua avec succès en 1801. Il y procéda de la manière suivante : après avoir mis la malade dans une position convenable, il traverse le col de la matrice dans deux points opposés de sa circonférence, avec des aiguilles courbes garnies de fils doubles. Il l'amène ensuite à la vulve par des tractions ménagées, puis il enlève le mal avec un couteau.

M. Dupuytren a substitué avec avantage la pince de Museux aux fils et aux aiguilles d'Osiander. Je vais exposer son procédé opératoire; il lui donne la préférence : c'est le seul qu'il ait émis comme lui appartenant, dans le traité de médecine opératoire publié sous ses yeux, année 1832, 2e édition. Voici son texte : « Le chirurgien introduit dans le vagin le spéculum, qu'il a eu l'attention d'oindre d'huile, « et le donne à maintenir à un aide. Cela fait, il saisit et « attire légèrement à lui, avec la pince de Museux tenue « de la main gauche, toute la portion du col de l'utérus qui « est affectée de dégénérescence carcinomateuse, et il la « retranche avec un couteau à deux tranchans, courbé sur « son plat, ou mieux avec de très-longs et très-forts ciseaux, également courbés sur leur plat et parfaitement « tranchans, tenus de la main droite, et qu'il porte alternativement en haut, en bas et sur les côtés, en tournant « en dedans leur concavité et en les faisant agir autant que « possible sur les parties saines, au-delà des limites du « mal. »

Les inconvéniens attachés à ce procédé sont les suivans : en saisissant la tumeur carcinomateuse, qui souvent est très-molle, on la déchire, et la matrice ne peut être ni soutenue, ni abaissée.

M. Dupuytren dit qu'il coupe ensuite avec divers instrumens *autant que possible* au-delà des limites du mal. Ces mots indiquent que la totalité n'en est pas toujours enlevée. Les instrumens dont il se sert agissent d'ailleurs, dans le milieu étroit où il opère, plutôt en pressant qu'en sciant; de là de très-violentes douleurs. Le cancer ne peut être détruit que morceau par morceau; les tissus malades se trouvent ainsi hachés, dilacérés au fond d'un spéculum étroit, où le sang les masque et empêche de les distinguer des tissus sains. Ce procédé n'est applicable qu'aux cas dans lesquels des adhérences empêcheraient d'abaisser suffisamment le col de l'utérus. Je n'ai rencontré encore qu'un fait de ce genre.

M. Mayor, de Lausanne, a proposé de pratiquer la ligature du col de la matrice à l'aide d'un forceps érigne, d'un porte-nœud et d'un tourniquet de son invention. Je ne cite ce procédé que comme fait historique; car parmi les graves et nombreux inconvéniens qui lui sont attachés, il suffit de se rappeler les malheurs qui arrivent, lorsqu'en liant un polype, la ligature embrasse malheureusement une portion de l'utérus.

MM. Hatin et Colombat ont imaginé des instrumens mécaniques à l'aide desquels ils pratiquent l'amputation du col de l'utérus. Pour rejeter ces instrumens, quelque ingénieux qu'ils soient, il suffira de rappeler que leur emploi exige toujours une dilatation très-douloureuse du vagin, que le cancer est fréquemment très-volumineux, qu'il ne remonte pas toujours à la même hauteur sur tous les points de la circonférence du col, qu'il n'est pas rare de le voir jeter de profondes racines dans les tissus sains, etc.

§ V. — Procédé de l'auteur du Mémoire.

La malade est placée comme dans l'opération de la taille

latéralisée. On introduit un spéculum bivalve; il a l'avantage de mieux embrasser la tumeur, de tendre parfaitement la partie supérieure du vagin; elle ne peut plus alors former de plicature circulaire, qui aurait masqué le col de l'utérus. L'opérateur essuie le museau de tanche, s'il en est besoin, afin de bien s'assurer de la disposition des parties. L'érigne de Museux, qui est plus longue, plus forte que celle dont on se sert habituellement, et qui offre des crochets moins recourbés, est portée fermée immédiatement au-dessous de l'organe. Au moment ou ses mors sont suffisamment ouverts pour saisir, s'il est possible, deux points diamétralement opposés du col utérin, l'opérateur pousse légèrement sur eux à mesure qu'ils s'implantent dans le tissu même de la matrice. Cette manœuvre est indispensable pour suivre le mouvement d'ascension de l'organe, mouvement qui exposerait à le manquer ou à le faire saisir trop bas. On extrait le spéculum seul très-aisément, puisque l'érigne peut passer dans l'écartement que ses deux valves laissent entre elles. On exerce alors sur l'utérus des tractions lentes et graduées, à l'aide desquelles on tente d'amener son col au-dessous de la partie inférieure du vagin. Est-il besoin de dire que ces tractions ont d'abord la direction de l'axe du détroit supérieur, ensuite du détroit inférieur du bassin? Mais pour que la matrice soit mieux saisie, mieux abaissée, et que tous les points du pourtour de la partie inférieure de son col fassent à l'extérieur une égale saillie, le chirurgien applique les mors d'une seconde érigne sur les extrémités du diamètre transversal ou du diamètre antéro-postérieur de l'organe, suivant le sens dans lequel la première a été implantée. Cette manœuvre a un autre avantage. Quelle que soit, en effet, la tendance qu'éprouve l'utérus, pendant la section, à remonter dans la cavité abdominable, les tissus, maintenus en place, pourront être coupés, soit à la même hauteur, soit à des hauteurs différentes, suivant les circonstances pathologiques. C'est en continuant les tractions pendant cinq minutes et même un quart d'heure, s'il le faut, qu'on parvient dans des cas difficiles à abaisser suffisamment la matrice.

Le chirurgien porte ensuite le doigt indicateur sur le pourtour de l'insertion utérine du vagin; il la reconnaît facilement à la présence d'une espèce d'anneau, au-dessus duquel la pression fait sentir du vide. Il a d'ailleurs préalablement abstergé les tissus; il confie les pinces à un aide intelligent. Cet aide est en face du bassin; l'opérateur à gauche de la malade. Armé d'un bistouri courbe, tranchant sur sa concavité et garni de linge jusqu'à un pouce environ de son extrémité boutonnée, l'opérateur commande à l'aide de relever les érignes pour imprimer à la partie inférieure de la matrice un mouvement de bascule qui fasse saillir davantage sa partie postérieure. Ainsi on verra mieux les limites de la maladie, et l'on pourra couper plus haut. Le chirurgien glisse ensuite le doigt indicateur gauche à demi fléchi derrière le museau de tanche, mesure avec ce doigt, dont la face palmaire est dirigée vers la maladie, la hauteur à laquelle la section doit être faite. Le bistouri est placé au-dessous de lui, et à mesure que l'instrument marche, il le dirige et lui sert de point d'appui, tandis que l'aide abaisse graduellement les érignes pour faire saillir à leur tour successivement les autres points du col de la matrice. Il est bien entendu que la maladie pouvant s'élever plus à droite qu'à gauche, par exemple, cet aide sera chargé, pour que le mal soit complétement enlevé, de donner, par les mouvemens qu'il imprimera aux pinces, des inclinaisons convenables à l'extrémité inférieure de la matrice; il aura soin de ne pas exercer des tractions trop fortes à mesure que la section s'achèvera, dans la crainte de déchirer les tissus. Le bistouri d'ailleurs doit marcher en sciant et à petits coups pour éviter la lésion des grandes lèvres, les écarts dangereux, et pour ne pas faire une plaie inégale. Cette section est assez difficile à cause de la résistance très-grande qu'offre au bistouri le tissu normal de l'utérus.

Mais il est des cas dans lesquels le volume des parties ne leur permet pas d'être embrassées par le spéculum; alors on ne peut pas se servir de cet instrument. Le chirurgien conduit sur le doigt indicateur, préalablement introduit dans le vagin, des érignes simples, qu'il fixe sur le col de l'utérus ou sur les points assez résistans de la tumeur.

On a proposé d'introduire dans la matrice des instrumens qui, à l'aide de certains mécanismes, s'ouvrent dans l'épaisseur de cet organe et servent à l'abaisser: je ne m'en suis jamais servi; ils font une plaie contuse que n'enlève pas complétement l'opération, et qui doit beaucoup exposer les malades aux inflammations traumatiques, dont on connaît tous les dangers.

S'il existait un fongus mou, quoique peu volumineux, qui saignât très-facilement, l'introduction du spéculum pourrait, en le froissant, donner une assez grande quantité de sang pour qu'il fût impossible de voir le col de l'utérus, malgré toutes les abstersions et toutes les injections qu'on ferait. Alors il voudrait mieux encore renoncer au spéculum et suivre les principes que j'ai établis plus haut.

Cependant on pourrait, à mesure que le spéculum à deux branches pénètre dans l'intérieur du vagin, en écarter davantage les deux valves; la capacité qu'elles laissent entre elles devenant ainsi plus grande, la tumeur fongueuse peut s'engager dans la partie supérieure de l'instrument sans en être froissée. M. le docteur Avenel rapporte un fait de ce genre, que j'ai montré à ma clinique de l'hôpital de la Pitié.

Une tumeur volumineuse et remontant très-haut sur le col de la matrice, sort difficilement du vagin, et ne permet pas facilement de voir ses limites et de les attaquer avec sûreté; dans ce cas très-grave, que j'ai souvent rencontré, on incise chez les femmes, dont le diamètre antéro-postérieur est très-étendu, la plicature de la peau et de la membrane muqueuse, qui, comme je l'ai récemment démontré, fournit cette grande étendue du périnée.

Lorsque le cancer du col de l'utérus a jeté de profondes racines dans le corps de cet organe, les chirurgiens, après avoir enlevé la superficie du mal, avaient recours à la cautérisation, moyen extrêmement dangereux et qui compte à peine quelques succès. J'ai imaginé de pratiquer alors deux incisions semi-lunaires qui se réunissent par leurs extrémités, et dont le plus grand diamètre est l'antéro-postérieur. Je creuse ensuite, en disséquant le mal dans l'épaisseur de l'organe, une espèce de cône à sommet supérieur; ce procédé a obtenu de très-heureux succès.

L'anatomie pathologique m'avait en effet prouvé, contre

l'opinion généralement admise, et par des pièces que j'avais montrées à l'hôpital de la Pitié, que, dans les cas mêmes où l'étendue du mal n'avait pas permis de pratiquer l'amputation du col, le corps de l'organe était demeuré presque toujours sain, à une légère tuméfaction près due à une hypertrophie simple.

On frémit à l'idée des douleurs atroces que doit déterminer cette opération; c'est une erreur qu'il importe de détruire. Si la matrice est extrêmement douloureuse sous l'influence d'une pression même modérée, la nature a heureusement voulu que cet organe ne perçût presque pas l'action de l'instrument tranchant; c'est au point que des femmes, opérées à l'hôpital de la Pitié, croyaient que la section du col utérin n'était pas encore commencée, lorsque déjà je l'avais achevée. On savait d'ailleurs que les malades n'avaient pas même la conscience de la douleur produite par les morsures de sangsues sur la partie inférieure de l'utérus.

§ VI. — Accidens de l'opération et moyens propres à la conduire à guérison.

En parcourant les annales de la science, il est facile de se convaincre, qu'abstraction faite du tamponnement et de la métro-péritonite, ce point de pathologie et de thérapeutique n'y a pas été traité. Les chirurgiens redoutaient trop la perte du sang; ils avaient presque sur-le-champ recours au tamponnement; ainsi la matrice congestionnée ne pouvait pas se débarrasser du sang que faisait affluer l'opération, et cette cause puissante d'inflammation, réunie à la douleur causée par le moyen hémostatique qu'on venait d'appliquer, produisait très-souvent des métro-péritonites presque toujours mortelles. Chez les femmes qui n'ont pas été épuisées par des pertes rouges antérieures, je laisse l'hémorrhagie continuer, lorsqu'elle n'a pas lieu d'une manière trop brusque, et je ne l'arrête point en général, tant que la malade n'a pas perdu de quatre à six palettes de sang. En suivant ce précepte je n'ai été obligé de tamponner que six fois dans quatre-vingt-dix-neuf cas d'opérations, et encore le tampon a presque toujours été mis seulement dans la partie inférieure du vagin. Une heure ou deux après il a été retiré. Aucune de nos malades n'est morte d'hémorrhagie. Trois seulement ont succombé à la suite d'une métro-péritonite.

L'étendue de ce mémoire ne me permet pas de décrire les accidens nerveux. Il me suffira de dire qu'ils sont effrayans pour les chirurgiens qui ne les ont pas encore observés, mais ils ne sont pas dangereux. Ils sont calmés après quelques heures; l'usage d'un julep anti-spasmodique y contribue beaucoup.

L'absence ou la suppression trop brusque de l'hémorrhagie détermine souvent des douleurs dans le bassin; j'enlève alors avec précaution les caillots sanguins accumulés dans le vagin; j'y pratique des injections émollientes chaudes. Si le sang coule de nouveau ordinairement les douleurs disparaissent; dans le cas contraire je fais couvrir la partie inférieure du ventre avec un cataplasme arrosé de laudanum; on pratique au bras une saignée révulsive d'une palette.

La métro-péritonite bien caractérisée sera traitée par les moyens connus.

C'est encore la petite saignée révulsive pratiquée au bras qui constitue le moyen le plus avantageux pour combattre les suintemens sanguins consécutifs qui existent avec ou sans douleurs utérines.

Les moyens diététiques sont trop simples pour que je les expose ici.

Aussitôt qu'on n'a plus à craindre d'hémorrhagie, il est important de faire dans l'intérieur du vagin des injections légères avec l'eau de guimauve presque froide, pour débarrasser cette cavité des caillots sanguins qu'elle contient et qui se putréfient avec beaucoup de promptitude.

Mais la plaie de la matrice n'est pas avantageuse pour en obtenir une cicatrice prompte : 1° elle est baignée par des liquides toujours plus ou moins irritans; 2° l'abaissement, dans lequel se trouve toujours plus ou moins l'utérus, l'expose à quelques froissemens; 3° l'organisation de la matrice ne permet guère aux bords de la solution de continuité de se rapprocher de son centre; de là une pellicule de cicatrisation, qui, couvrant une bien plus grande étendue, exige beaucoup plus de temps pour se former.

Des liquides d'abord émolliens et ensuite cicatrisans, le repos absolu et la cicatrisation de la plaie avec le proto-nitrate acide liquide de mercure, devront être employés suivant les indications. Six semaines ou deux mois sont nécessaires pour obtenir la cicatrisation de la plaie.

Les bornes de ce mémoire ne me permettent pas de traiter la question importante de la récidive du mal, sur laquelle la chirurgie moderne a jeté un grand jour, en prenant la médecine pour base des préceptes qu'elle a donnés.

J'abuserais aussi de la bienveillance de l'Académie, si je parlais de quelques incommodités éprouvées par beaucoup de femmes après leur guérison, et qu'une thérapeutique simple dissipe toujours et souvent même en très-peu de temps.

Mais un fait physiologique de la plus haute importance est le suivant. L'amputation du col de l'utérus a prouvé que cette partie de l'organe n'est pas indispensable pour que la gestation ait lieu, et qu'elle arrive heureusement à son terme ordinaire. En général, l'accouchement se termine alors beaucoup plus facilement. Sur dix de mes opérées, qui sont devenues enceintes, une seule est accouchée à quatre mois; mais elle avait commis des imprudences qui dans toute autre circonstance, auraient pu produire l'avortement. J'ajouterai que madame Carpentier, qui m'a permis de la nommer, a porté à terme deux fœtus, qui sont nés très-bien portans. MM. les docteurs Avenel et Boulu ont pratiqué l'accouchement.

La cicatrice de la plaie, résultant de l'amputation du col de l'utérus, offre en général les circonstances suivantes. D'abord très-rouge, elle devient blanche ensuite, pour prendre plus tard la couleur des tissus qui l'environnent.

Sur le grand nombre de femmes qui ont été opérées, je ne connais qu'un cas dans lequel la cicatrice a complétement oblitéré l'orifice inférieur de l'organe. La menstruation était régulière, aussi abondante qu'à l'ordinaire; mais elle était précédée et accompagnée d'accidens nerveux très-prononcés et de quelques symptômes de métrite, qui se dissipaient promptement. D'ailleurs, il ne s'était jamais montré aucuns signes d'accumulation de sang dans la matrice. Les règles avaient lieu par la surface du vagin. Cette femme succomba. On trouva quelques ganglions lymphatiques engorgés dans le

bassin ; un abcès froid sous l'un des muscles psoas ; point de métrite ni de péritonite ; mais il fut bien constaté que l'orifice inférieur de la matrice était oblitéré, ce dont on ne s'était pas douté pendant la vie.

L'introduction d'un stylet, pratiquée de temps en temps dans l'orifice inférieur de l'utérus, en empêcherait l'oblitération ; si elle existait, pourrait-on y remédier avec le trocart ou le bistouri ? L'expérience en décidera.

Je ne dois pas terminer ce travail sans annoncer à l'Académie que, sur 99 femmes que j'ai soumises à l'amputation du col de l'utérus, 15 sont mortes et 84 sont guéries. Au nombre des insuccès sont compris les cas de récidive. Nous ferons d'ailleurs remarquer que nos revers ont porté uniquement jusqu'aujourd'hui sur des femmes dont la maladie était très-avancée. Nous espérons donc qu'à mesure que les nouvelles idées sur les affections de l'utérus seront plus répandues par cela même qu'on opérera plus tôt, les chances d'insuccès devront être encore beaucoup moins nombreuses.

Depuis que ce mémoire a été rédigé, j'ai pratiqué trois fois l'amputation du col de l'utérus : une malade est morte, les deux autres sont en traitement.

J. LISFRANC.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE,

Von HUFELAND und OSANN.

De la valeur des symptômes généralement reconnus comme pathognomoniques du croup, et du traitement employé jusqu'aujourd'hui dans cette maladie ; Par M. le docteur SCHMITT DE RIENECK.

Dans cet article, l'auteur rapporte deux observations d'une maladie caractérisée par les symptômes pathognomoniques du croup, où ces symptômes disparurent, dans l'une, le jour même, par le seul effet du calomel, et dans l'autre, au bout d'une demi-heure, sans aucun médicament. Il se demande à cette occasion quelle est la valeur des symptômes reconnus comme caractéristiques du croup, et quel est le degré de confiance à accorder aux remèdes ordinairement employés contre cette terrible maladie ? Il ne donne aucune solution et croit seulement pouvoir avancer que le véritable croup n'est pas aussi commun qu'on le pense généralement. Telle est aussi l'opinion de M. Hufeland. Il se passe des années sans qu'on ait occasion d'en observer, puis il en vient une où l'on en rencontre assez fréquemment. C'est ce qui fait dire au professeur de Berlin que cette maladie a quelque chose d'épidémique. Il pense que l'on prend souvent pour croup ce qui n'est qu'une simple affection catarrhale du larynx. Il admet, du reste, une grande ressemblance, une sorte d'affinité entre ces deux maladies, qui seraient comme les deux points extrêmes d'un même travail pathologique, et prenant pour comparaison la cholérine et le choléra, il les appelle croupine et croup.

Mais quand une maladie se présente avec des symptômes d'une affection d'abord légère, comme le catarrhe, mais qui peut rapidement devenir funeste, comme le croup, quelle est la conduite que doit tenir le médecin et surtout le jeune médecin ?

Dans ce cas, M. Hufeland conseille de commencer toujours par le vomitif, en ayant soin de faire appliquer d'abord des sangsues, si les enfans sont phthisiques. Il recommande sa potion vomitive des pauvres :

Prenez :	tartre émét.,	1 grain,
	Oxymel scillitique, sirop simple,	1/2 once,
	Eau,	1 once.

Mêlez avec soin : à prendre toutes les demi-heures une cuillerée à café, jusqu'au vomissement.

Il donne ensuite par cuillerées à café, toutes les heures, la composition suivante.

Prenez :	Tartre tartacélé,	1 grain,
	Vin d'antimoine,	40 gouttes,
	Eau de fleur de sureau, sirop de manne, de chaque	1 once.

De cette manière, le mal est souvent étouffé à sa source ; mais si les accidens venaient à se reproduire, on donnerait le sulfate de cuivre de la manière prescrite par le docteur Serlo.

II. RUST'S MAGASIN FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

Sur le caractère actuel de la petite-vérole, considérée sous le rapport de la pathologie et de la police médicale ; Par le docteur C.-A. NEUMANN.

Dans cet article, l'auteur fait l'histoire d'une épidémie de variole qui a régné, dans les années 1832 et 1833, dans le cercle de Strasbourg (Prusse). Cette description n'offre absolument rien de nouveau. Nous nous bornerons à rapporter les conclusions que l'auteur en déduit.

1° La variole n'est de nos jours ni aussi meurtrière, ni aussi défigurante qu'autrefois ;

2° Cette modification dans le caractère de la maladie s'est opérée spontanément et non par la vaccination ;

3° Cette dernière conserve néanmoins la propriété préservative contre la variole actuelle, au moins pour quelque temps.

Observations de médecine, de chirurgie et d'accouchement, Par le docteur W. VOLLMER.

1° Douze cas de rétention du placenta reconnaissant pour cause l'inertie de l'utérus, accompagnés, à l'exception d'un seul, d'hémorrhagies plus ou moins abondantes.

2° Affections rares de l'utérus.

Obs. — G..., âgée de 53 ans, mère de plusieurs enfans,

d'une santé toujours florissante, avait passé, depuis 4 ans, l'âge critique sans éprouver d'accidens. Peu de temps après elle s'était remariée avec un homme jeune et robuste, et elle avoua elle-même avoir abusé du mariage. A peine trois mois s'étaient écoulés qu'il se manifesta un flux de sang par la vulve qui se reproduisit à des époques irrégulières. Au bout de quelques mois le sang disparut, l'abdomen commença à se tuméfier, et au 5e mois de la maladie, la femme ressentit un mouvement dans le bas-ventre; tous ces symptômes firent soupçonner un état de grossesse; mais passé le terme de la gestation supposée, la femme n'accoucha pas; c'est alors qu'on appela un médecin, qui trouva les symptômes suivans: bas ventre d'une ampleur excessive, descendant jusqu'aux genoux, dur, insensible et sans fluctuation manifeste, extrémités inférieures œdémateuses. L'exploration par le vagin et le rectum fit découvrir un corps dur qui descendait fort avant dans le premier organe; l'orifice de la matrice avait disparu; ses parois étaient partout également distendues; habitus de la malade cachectique; fièvre lente; point d'écoulement d'aucune nature par la vulve; selles difficiles; urine peu abondante à la fois, mais fréquente. Dans les derniers temps vomissemens répétés d'une matière noirâtre; analogue au marc de café; marasme et mort.

A l'autopsie cadavérique on trouva l'utérus énormément développé présentant un diamètre tansversal depuis la colonne vertébrale jusqu'à l'ombilic, de 6 pieds, et un longitudinal depuis l'appendice xyphoïde jusqu'à l'arcade du pubis, de 5 pieds; les parois étaient devenues minces comme celles d'une vessie de veau distendue; des veines variqueuses et quelques faisceaux de fibres (fibres musculaires), les parcouraient en tout sens. Au coté droit de l'utérus et au-dessus du col existait une tumeur stéatomateuse, ronde, aplatie sous deux faces, et pesant à-peu-près 4 livres; elle avait repoussé le col et l'orifice qu'elle fermait en haut et à gauche. En incisant la matrice, il s'en échappa une quantité prodigieuse de cette même matière que la malade avait vomie dans les derniers jours. Cette matière remplissait également l'estomac et le duodénum; en poursuivant les recherches on découvrit dans un endroit où l'estomac et la matrice adhéraient ensemble une perforation de ces deux organes.

Quelle fut maintenant l'origine de cette affection extraordinaire? Le docteur Vollmer la fait dépendre d'un abus du coït qui, réveillant tout à coup l'activité de la nature, point encore tout-à-fait éteinte, aurait pour ainsi dire sollicité cet organe à produire, par une sorte d'aberration de sa force formatrice, la tumeur stéatomateuse. Cette dernière, à son tour, en obstruant l'orifice de la matrice, aurait favorisé l'accumulation du sang dans la cavité et provoqué par là l'énorme distension de ses parois.

3° Cas de gestation parcourant régulièrement toutes ses périodes malgré une altération organique très-profonde de l'utérus.

Obs. — La femme qui fait le sujet de cette observation avait accouché trois fois et toujours heureusement. Pendant sa dernière grossesse elle avait été sujette à une affection rhumatismale très intense; du reste aucun autre accident n'était survenu.

Le 28 novembre 1833, au matin, les premières douleurs se firent sentir; le travail, abandonné aux seules forces de la nature, se prolongea jusqu'au lendemain à 7 heures du soir, et la femme succomba sans avoir été délivrée.

Des poursuites judiciaires furent commencées, et le docteur Vollmer se rendit, les 2 octobre, sur le lieux, d'après l'invitation de l'autorité, pour procéder à l'examen du cadavre; nous ne transcrirons ici que ce qui a rapport aux organes de la génération.

Les parties génitales externes et l'orifice de la matrice convenablement dilatés, permettaient sans peine l'introduction de la main; le bassin était régulièrement conformé; l'enfant se présentait dans la première position de la tête à l'entrée du petit bassin; en incisant la matrice, on trouva dans son angle gauche, à l'endroit où vient s'aboucher la trompe de Fallope, une excroissance de forme sphérique, de la grosseur d'une tête d'enfant, creuse, d'un pouce d'épaisseur, tapissée à l'intérieur d'un réseau vasculaire, contenant un sang noir et coagulé et tenant le milieu, pour son tissu, entre la substance lardacée et le cartilage. Le reste de l'utérus était à l'état normal; mais sur le fond de cet organe on remarquait une fente longue de trois pouces qui s'étendait de la partie moyenne vers l'angle droit.

Il est de toute évidence que la mort fut occaionée par cette rupture de la matrice, et cet accident déterminé par la force des contractions concentrées sur le côté droit, tandis que le côté gauche resta complétement impassible.

Le docteur Vollmer conclut, dans son rapport, que cette rupture, qui n'a dû se faire que dans les derniers temps du travail, aurait pu être évitée par des secours portés à temps, et qu'ainsi la mère et l'enfant, qui portait tous les caractères de viabilité, auraient pu être sauvés.

4° Tympanite intestinale traitée avec succès par l'usage externe et interne de l'eau à la glace.

Obs. — W. L..., âgée de 25 ans, arrivée au 5e mois de la gestation, sans incommodités graves, commença à éprouver quelques dérangemens dans les fonctions digestives: flatulence, colique, ventre resserré, rapports suivis d'aucun soulagement; peu à peu tuméfaction de l'abdomen, dépassant de beaucoup le volume d'une grossesse arrivée à terme; distension inégale des parois du bas-ventre, laissant apercevoir les bosselures des intestins et principalement du colon transverse; percussion sourde et obscure, mais point de fluctuation; plus tard nausées; efforts inutiles pour expulser les gaz, douleurs abdominales, périodiques, intenses. (D'abord purgatifs doux et lavemens simples, puis purgatifs plus énergiques et lavement d'assa-fœtida; fomentations aromatiques sur le bas-ventre; le tout sans effet.) Constipation de plus en plus opiniâtre; nausées; vomituritions; vomissemens; irritabilité extrême de l'estomac.

Dans cette position désespérée, le docteur Vollmer se crut autorisé, par le danger toujours croissant de la maladie, à recourir aux moyens les plus énergiques, pour produire une réaction au risque de provoquer l'avortement. A cet effet il fit placer la malade nue dans une cuve et verser peu à peu, sur le bas-ventre, trois seaux d'eau à la glace; aussitôt après on la transporta dans un lit chaud où on lui administra un lavement d'eau froide et de vinaigre; elle avala en même temps plusieurs verres d'eau à la glace.

L'effet fut prompt et au-dessus de toute attente; une demi-heure après le bain il se dégagea, par le haut et par le bas,

une grande quantité de gaz qui soulagèrent beaucoup la malade ; il survint des selles d'abord solides, puis pultacées ; le gonflement et la tension de l'abdomen diminuèrent, et l'estomac put de nouveau conserver quelques alimens. Une médication stimulante et un régime fortifiant continués pendant quelque temps relevèrent le ton du canal intestinal, et empêchèrent tout retour de la maladie.

Un fait digne de remarque, c'est que l'avortement, que l'on avait tant redouté, n'eut pas lieu. La malade, bientôt rétablie, accoucha à terme d'un enfant fort et bien constitué.

Recherches sur la pathologie et le diagnostic par J. T. H. ALBERS de RONN.

Sous ce titre l'auteur comprend.

I. Des recherches d'anatomie pathologique sur le nerf vague : 1° Dans 47 autopsies de personnes mortes presque toutes dans la première période de la coqueluche, le nerf vague fut trouvé 43 fois à l'état normal ; sur les quatre autres qui étaient en même temps scrofuleuses, on trouva une fois le nerf gauche et trois fois le droit d'une teinte rosée à l'extérieur. Remarquons pourtant que cette injection s'observa chaque fois du côté sur lequel le cadavre était couché. 2° Dans 7 cas de dothinenterie une semblable coloration fut remarquée sur cette même paire de nerfs deux fois à droite et une fois à gauche. Elle disparaissait par une macération de quelques heures dans de l'eau froide. 3° Le fait suivant mérite de fixer toute notre attention : un paysan d'une constitution robuste, âgé de 27 ans, fut pris le 14 juillet de violens frissons suivis d'une chaleur générale et de tremblemens; le soir, difficulté dans la respiration, angoisses, convulsions et enfin délire ; vers minuit, frisson, tétanos et mort. Une heure seulement avant la mort on avait eu recours à un médecin, qui ordonna aussitôt une saignée, des sangsues à la tête, des vésicatoires aux mollets et une potion nitrée avec le sel de Glauber. Autopsie faite le lendemain : tous les organes à l'état normal, si ce n'est une pléthore universelle ; en poussant plus loin les recherches, on trouva la portion cervicale du nerf vague très rouge et plus molle qu'à l'ordinaire. Cette rougeur ne disparut qu'avec lenteur par une macération dans de l'eau froide et devint à la fin d'un blanc jaunâtre. L'auteur fait remarquer que cette rougeur s'obtient quelquefois par une congestion artificielle opérée sur le cadavre des personnes pléthoriques en plaçant la tête plus haut que le thorax et en comprimant ainsi la région cervicale ; mais alors l'injection disparaît en plongeant le nerf dans l'eau, ce qui n'est pas arrivé dans le cas présent. 4° Chez 15 phthisiques tuberculeux, on trouva les deux nerfs vagues beaucoup plus développés et surtout celui du côté droit, qui déjà, à l'état normal, est plus fort ; cette différence dans les deux nerfs doit être assez commune dans cette maladie, observation qui a déjà été faite par Dessault. 5° Dans deux cas de cancer de l'œsophage, le nerf récurrent était détruit, et dans un troisième où il y avait perforation de la trachée-artère et de l'œsophage, ce nerf ainsi qu'une portion du nerf vague avaient disparu. 6° Dans un cas de fongus cellulaire, assis dans le médiastin, sur la trachée-artère et l'œsophage et entourant le nerf vague, on trouva, après avoir incisé le fongus, le nerf tuméfié et présentant, à cet endroit, dans son intérieur, le même aspect que la tumeur fongueuse ; de plus, les filets nerveux étaient rendus méconnaissables.

II. Deux observations de tumeurs développées dans le cervelet.

Dans les deux cas le cri des enfans qui se faisait entendre pendant l'inspiration était tellement aigu et bref, que l'on reconnaissait facilement une maladie du cerveau. Les deux tumeurs que l'on trouva dans l'hémisphère du cervelet étaient accompagnées d'un épanchement autour de cet organe, de la moelle allongée et de la moelle épinière. L'auteur attribue dans ces cas l'altération de la voix signalée par Billiard dans les maladies du cerveau à la présence de l'épanchement autour de la moelle allongée et de la moelle épinière, plutôt qu'à la tumeur elle-même, car les nerfs vagues, glosso-pharyngien, accessoire de Willis, et même le facial, qui servent tous à la phonature s'y trouvaient intéressés.

III. *Exemple remarquable d'un utérus complétement double.*

Obs. — La femme qui portait ce vice de conformation atteignit l'âge de 64 ans. Elle avait constamment été d'une constitution faible et délicate. Cependant jusqu'à 16 ans elle n'avait éprouvé aucune indisposition grave. Vers cette époque, les seins et tous les autres signes de la puberté se développèrent, la menstruation seule manqua. Dès lors, cette femme commença à ressentir, non pas tous les mois, mais pourtant à des époques assez régulières, des douleurs dans les hypocondre, accompagnées de vomissemens et d'un sentiment de ténesme vers le bassin. Parfois ces sortes d'accès s'exaspéraient et s'accompagnaient de céphalalgie et de fièvre. A l'âge de 26 ans, la malade en éprouva un des plus violens, qui cette seule fois se termina par un écoulement de sang par le vagin. Le dernier, auquel elle succomba, fut marqué par des douleurs très-vives de l'abdomen et une difficulté d'uriner.

A l'examen cadavérique, on trouva à un pouce et demi du vagin, long seulement d'un demi-pouce, et terminé en cul-de-sac, deux corps de la grosseur d'une petite noix, de forme allongée, sans communication avec les parties génitales externes. De chacun de ces corps partaient deux faisceaux fibreux qui se perdaient dans le voisinage d'une masse qu'on soupçonne être l'ovaire dégénéré.

Les deux corps allongés, qui se trouvaient à une distance d'à peu près trois lignes l'un de l'autre, étaient creux, à parois fibreuses et blanchâtres, tapissés à l'intérieur par une membrane qui se rapprochait le plus de la membrane muqueuse, et contenaient un liquide épais et muqueux.

IV. *L'inflammation des sinus et des veines du cerveau.*

Cet article n'est qu'une exposition succincte des idées de Tonellé et de Cruvellhier.

V. *De quelques éruptions à la marche de l'anus, et de leur rapport avec les maladies internes.*

Le docteur Albers admet, d'après sa propre expérience, quatre espèces d'éruptions qui peuvent se développer à la marge de l'anus.

1° Des pustules ordinaires;

2° Des pustules porrigineuses;

3° Une sorte d'*herpès* qu'il appelle *herpès de l'anus*. Cette éruption se développe, selon lui, dans le cours d'une diarrhée aiguë, et coïncide ordinairement avec une inflammation de la muqueuse. L'herpès de l'anus exerce sur les maladies de la portion inférieure du canal digestif la même influence critique que l'*herpès labialis* a sur celles de la portion supérieure.

4° Des aphthes. Celles-ci, loin d'être critiques, indiquent un plus grand développement et une intensité plus forte de la maladie.

VI. *Petits tubercules semblables aux verrues, développés sur la peau à la suite de l'inoculation de la matière tuberculeuse.*

La transmission de la phthisie tuberculeuse par voie d'infection a long-temps été soutenue par des médecins d'une grande autorité. Cette opinion compte encore de nos jours des partisans, principalement dans les pays chauds, où elle règne même parmi le peuple. Mais jusqu'à présent on n'avait point encore cité des preuves d'une transmission directe. Le docteur Albers de Bonn rapporte cinq observations, dans lesquelles la matière tuberculeuse déposée sur la surface dénudée du derme produisit de petites élévations dures, rugueuses, de la forme d'une verrue. Dans tous ces cas, les individus s'étaient blessés à la main, soit en disséquant, soit en aidant à enlever de la cavité thoracique les poumons de personnes mortes de phthisie tuberculeuse. Au bout de deux, trois ou plusieurs jours, la plaie, le plus souvent insignifiante, commençait à s'enflammer; les parties alentour devenaient rouges, tuméfiées, douloureuses. Bientôt la rougeur et la douleur disparaissaient, et on voyait aux endroits piqués se développer une petite tumeur, s'amincissant vers son sommet, dure, blanchâtre, jaunâtre ou verdâtre, du volume d'une lentille jusqu'à celui d'une aveline.

Une fois formés, ces tubercules montraient une persistance opiniâtre. Dans un cas, elles ont résisté pendant huit ans aux caustiques les plus énergiques, et même au cautère actuel; on n'a pu les faire disparaître qu'en entretenant pendant très-long-temps un travail suppuratoire au moyen de l'emplâtre de cantharides.

Le mode de développement de ces tumeurs, leur structure intérieure par couches solides, rayonnées, blanchâtres; leur nature opiniâtre : tout prouve qu'elles ne sont point le résultat accidentel d'une inflammation survenue à la suite d'une plaie, mais bien le produit d'un travail morbide particulier. Ce qui milite en faveur de leur caractère tuberculeux, c'est qu'on a trouvé de semblables grosseurs développées dans les membres de personnes mortes de phthisie. L'auteur engage les médecins cliniques à recueillir des observations semblables, qui seraient d'une haute importance pour l'étiologie de la maladie tuberculeuse.

Les autres recueils allemands, y compris le journal de chirurgie de Graefe et Walter, ne renferment d'intéressans que les articles suivans :

Observations et considérations pratiques, par le docteur STRAHL.

Sous ce titre l'auteur rapporte :

1° un cas d'hydrophobie développé à la suite de la morsure d'un chien tout-à-fait sain.

OBS. — K...., aubergiste, jouissant toujours d'une bonne santé, fut mordu à la main gauche par un chien tout-à-fait sain; cinq semaines après il tomba malade et montra tous les symptômes de l'hydrophobie. La plaie de la main gauche était cicatrisée ne et présentait aucun caractère suspect. Il succomba dans les premières 24 heures. Sa mère, âgée de 65 ans, mordue par cet infortuné dans un accès de rage, jouissait encore quelques mois après d'une bonne santé. Sa blessure, qui avait été horrible, fut parfaitement guérie.

2° Deux cas d'empoisonnement par des pavots :

Les sujets de ces deux observations sont deux enfans, l'un âgé de deux ans et six mois, et l'autre de quatorze ans. Le plus âgé, qui avait mangé quelques pavots fut guéri, l'autre succomba avec tous les symptômes de l'empoisonnement par l'opium. Il est à regretter qu'on n'ait pu découvrir le nombre de pavots qu'il avait pris.

3° Un préservatif spécifique contre les gerçures des seins.

Certes, tout praticien conçoit les douleurs atroces et les suites fâcheuses que peuvent produire les gerçures des seins. Il serait à désirer que l'expérience confirmât l'efficacité du remède suivant, que le docteur Strahl dit avoir toujours employé avec succès :

Prenez : Noix de galle, 6 gros.
Infusez dans vin blanc. 6 onces.
Faites digérer lentement pendant 24 heures.
Appliquer des compresses trois à quatre fois par jour.

On doit commencer à faire usage de ce remède dès le sixième mois de la grossesse.

Observation de séparation artificielle des os fracturés et vicieusement consolidés, et consolidation de ces mêmes os dans une direction normale; par le docteur MICHAELIS, médecin à Berlin.

OBS. — M. Krant, lieutenant dans l'armée royale prussienne, âgé de 25 ans, d'une constitution robuste, au retour de la campagne de France, en 1815, eut les deux os de la jambe droite fracturés dans les environs de Brandebourg par une chute de son cheval. Il fut transporté dans cette ville, où un médecin réduisit la fracture et appliqua un appareil composé d'un bandage à plusieurs chefs et d'attelles de carton. Après que le malade fut resté au lit pendant

sept semaines, le médecin enleva l'appareil, et, examinant l'endroit de la fracture, trouva le tibia et le péronée vicieusement consolidés et formant un angle obtus en avant. La jambe était raccourcie au moins de 3 pouces. On chercha à replacer les os dans leur situation normale à l'aide de l'extension et de l'application d'attelles de bois; mais bien que le malade se soumit de nouveau pendant sept semaines à ce traitement, l'on n'obtint aucun résultat. Il se rendit alors à Berlin, où il se confia aux soins de M. Graefe. Ce chirurgien songea à séparer de nouveau les extrémités osseuses vicieusement consolidées au moyen d'une forte extension, opérée à l'aide d'un moufle. D'abord le malade fut préparé pendant quelques jours à l'aide de la diète antiphlogistique, de légers laxatifs, de bains tièdes, pour prévenir autant que possible la réaction inflammatoire. Le jour pris pour l'opération, le malade fut placé sur un lit suffisamment élevé par des matelas. Un bracelet de cuir fort convenablement rembourré, et muni de deux anneaux latéraux, fut appliqué sous le genou; on en mit un semblable au-dessus des malléoles, et on les assujétit de telle manière que de fortes tractions ne pussent les déranger. La tête du lit était tournée vers une fenêtre, et le pied vers une porte située vis-à-vis. Deux cordes solides furent passées par les anneaux latéraux du bracelet supérieur, et fixées à un crochet profondément vissé dans le panneau de la fenêtre. Un crochet semblable fut enfoncé dans le revêtement du poteau de la porte; entre ce crochet et les anneaux latéraux du bracelet intérieur on plaça un moufle, alors deux aides mirent le moufle en mouvement sous la direction de M. Graefe : la traction eut lieu avec une force ménagée et sans interruption jusqu'à ce que l'angle que formaient les os vicieusement consolidés, eût disparu subitement en faisant entendre un craquement manifeste. Le malade avait supporté avec une constance admirable toute l'opération qui fut exécutée en quelques minutes, et malgré de violentes douleurs, il n'avait cessé d'encourager les médecins à atteindre le but qu'ils se proposaient. Un examen attentif démontra que la fracture était complétement reproduite.

Les extrémités mobiles des os furent alors maintenues dans une situation tout-à-fait droite à l'aide des attelles de Sauter adaptées le plus exactement possible. Le pied fut ensuite placé dans l'appareil de Pott sur une sangle tricotée et élastique et à l'aide de cette machine on obtint une extension et une contre extension permanente mais très-légère : on visitait plusieurs fois chaque jour l'appareil, et on remédiait aux dérangemens qui pouvaient s'être opérés. Le malade, dont la patience et le courage facilitèrent beaucoup le traitement, resta pendant huit semaines dans la situation décrite : on pouvait espérer alors que la consolidation était terminée et qu'un cal suffisant avait comblé le vide qui vraisemblablement s'était formé à la partie postérieure des extrémités osseuses à la suite de la reproduction de leur fracture et de leur extension. Graefe laissa d'abord la jambe une heure par jour seulement, sans attelles et sans extension, dans l'appareil de Pott. Comme la longueur et la direction de l'extrémité se conservaient d'une manière satisfaisante on augmenta de plus en plus ce laps de temps : plus tard on supprima l'appareil de Pott, et au bout de la deuxième semaine, le malade put se servir de ses membres qui avaient entièrement recouvré la longueur normale : pour compléter le traitement comme le malade était sujet aux rhumatismes, on lui prescrivit avec avantage les bains de Tœplitz.

Il a repris depuis le service militaire, et sert encore à présent au bout de 18 ans dans l'armée prussienne et jouit d'une santé parfaite.

Le professeur Blasius qui décrit deux cas semblables dans la *Gazette de la société de médecine* de Prusse, n. 49, année 1833, et nomme cette opération *osteopalinklasis*, s'étonne que les chirurgiens la fassent si rarement; je m'étonne au contraire, dit M. Michaëlis, que ce professeur, pendant son court séjour dans une ville de province, ait eu deux fois l'occasion de pratiquer cette opération, tandis qu'à ma connaissance il ne s'est offert pendant 24 ans aux praticiens de Berlin, ville populeuse, qu'un seul cas qui la rendit nécessaire. C'est celui que je viens de rapporter. Mais je suis encore plus surpris de la facilité avec laquelle M. le professeur, a opéré la séparation des os vicieusement consolidés et de l'absence des douleurs durant cette opération. Je ne puis pas davantage me rendre bien compte comment la *reconsolidation* des os fracturés a pu se faire dans une direction normale sur l'appareil à suspension de Sauter, puisque dans ces circonstances ils ont une grande tendance à se déplacer constamment par la contraction anormale des muscles qui est devenue habituelle.

CONCOURS

Pour une chaire de clinique externe.

Le concours pour la chaire de clinique externe, vacante par la mort de Boyer, a commencé lundi dernier à la Faculté. La première séance a été, comme à l'ordinaire, purement préparatoire; le jury s'est constitué et la liste des candidats a été arrêtée. Les juges sont, pour la Faculté, MM. Jules Cloquet, président; P. Dubois, secrétaire; Dupuytren, Roux, Gerdy, Marjolin, Moreau et Cruveilhier. Les juges qui représentent l'Académie de médecine sont MM. Larrey, Renault, Gimelle et Amussat. La liste des candidats portait dix noms; M. Bubled ne s'étant point présenté à l'appel a été exclus du concours; M. Thierry en avait été rayé par le conseil d'instruction publique parce qu'il ne réunissait point toutes les conditions d'admission nécessaires. Restent donc pour concurrens MM. Lisfranc, Sanson, Velpeau, Blandin, Bérard jeune, Laugier, Guerbois et Lepelletier du Mans.

La première épreuve, comme on sait, consiste pour le candidat à interroger durant un temps donné deux malades désignés par le jury, et qui sont pris cette fois à l'Hôtel-Dieu, et à faire sur ces deux sujets une leçon clinique d'une heure. Chaque candidat occupe à lui seul une séance, et malgré la longue durée que le nombre des compétiteurs assure à ce concours, les noms et les titres de la plupart promettent de soutenir jusqu'à la fin la curiosité avide d'un immense auditoire.

En effet, jamais peut-être depuis l'institution des concours

pareille solennité ne mit en face du public des noms plus justement et plus glorieusement populaires; jamais du moins de semblables débats n'auront été conduits et jugés devant une telle affluence de spectateurs. Ce que nous avons vu au concours pour la chaire d'accouchemens a été dépassé, et c'est à peine si à la première séance le jury a pu pénétrer dans la salle. Quelle est la cause de cet empressement universel? A part l'intérêt qui s'attache toujours à ces luttes scientifiques, à part celui qu'inspire en particulier chacun des autres compétiteurs, il faut bien en reconnaître un autre plus puissant encore, qui a fait d'un simple concours un événement dans le monde chirurgical: c'est que M. Lisfranc se présente au jugement de la Faculté de Paris.

Celui qui ne verrait là qu'une chose ordinaire n'aurait pas suivi depuis environ dix années la marche des hommes et des choses dans la chirurgie française. Il y a dix ans qu'on ne comptait dans Paris que deux hôpitaux et deux cliniques de chirurgie; encore l'une d'elles n'avait plus qu'une existence et une réputation secondaires. Malgré le talent incontesté de ses chefs, la Charité demeurait éclipsée et dominée par l'Hôtel-Dieu. Alors il y avait dans un coin reculé de Paris un hôpital ignoré du public, à peine connu des élèves, où l'on jetait dédaigneusement le rebut des malades. M. Lisfranc en prit possession, et de ce jour nous eûmes une clinique de plus, une clinique qui bientôt rivalisa avec les plus célèbres de l'Europe.

On sait la lutte opiniâtre qui s'établit alors entre la tribune indépendante de la Pitié et les chaires officielles de la Charité et de l'Hôtel-Dieu. Ce fut une guerre acharnée, une sorte de combat à outrance; plus d'un amour-propre fut grièvement blessé sur ce champ de bataille, et quoique les querelles scientifiques ne brillent point en général par trop d'aménité, nous conviendrons volontiers que quelquefois la discussion dépassa les limites jusqu'alors admises. Sans trop pénétrer dans la recherche des causes, du moins nous avons à nous applaudir des résultats. Une nouvelle école fut fondée qui renouvela la face de la médecine opératoire, qui ajouta aux recherches déjà acquises sur une foule d'autres points, et le professeur de la Pitié, écartant ou brisant de force tous les obstacles, a conquis désormais son véritable rang, et il ne reste qu'un seul chirurgien auquel l'opinion accorde avant lui la première place.

Aujourd'hui donc qu'il se présente aux concours de l'école, n'y a-t-il pas un intérêt tout-à-fait dramatique à voir ce redoutable athlète s'offrir désarmé devant ses anciens adversaires; les accepter pour juges, lui qui les a tant jugés lui-même, et s'appuyer enfin contre leur amour-propre qu'il peut croire implacable, dans leur justice et leur générosité. Il est tels noms dans le jury qu'on aurait pu s'attendre à voir frapper de récusation; M. Lisfranc n'en a exercé aucune. C'est qu'en effet il a droit de croire sa supériorité assez bien établie sur ses compétiteurs pour accepter le combat à toute chance, et toutefois cette position délicate du principal candidat vis-à-vis de ses juges n'est pas un des moindres motifs qui font accourir à l'amphithéâtre cette foule d'élèves avides de le voir et de l'applaudir. Nous en avons été témoins à la première séance. Lorsque l'illustre professeur est venu dans cette enceinte, étonnée de le voir, s'asseoir modestement sur le banc des candidats, une salve prolongée d'applaudissemens a salué sa bienvenue, et lui a montré toute l'affection que lui portent ces élèves, dont la plupart sont aussi les siens.

Ce n'est pas cependant qu'il manque d'adversaires dignes de lui. Au premier rang se place M. Velpeau, homme d'un savoir prodigieux, dont les ouvrages sur presque toutes les parties de la chirurgie sont devenus classiques et lui ont fait une renommée européenne. Vaincu jusqu'à présent dans les concours du professorat, il a presque toujours laissé en doute si réellement il aurait dû l'être, et son dernier échec l'a singulièrement grandi dans l'opinion. Après M. Lisfranc, qui se place hors de ligne, M. Velpeau est peut-être de tous les candidats celui que protége le plus la faveur méritée des élèves, et sera certainement cette fois, comme toujours, un des plus brillans compétiteurs.

Nous mettons sur le même plan M. Sanson, dont nous avons dans une autre occasion énuméré les titres; praticien d'une expérience consommée et professeur de clinique estimé. Il n'a manqué peut-être à M. Sanson, pour populariser son nom davantage, qu'un hôpital à lui, où son propre génie ne fût pas rabaissé dès les premiers élans par un voisinage trop redoutable. Il lui a fallu une spécialité pour se soustraire enfin à la comparaison; mais on sait avec quelle supériorité il a créé la clinique d'ophthalmologie.

A côté de ces rivaux redoutables se pressent M. Blandin, dont les revers ont été aussi jusqu'à présent très-honorables, mais qui, marchant autrefois à peu près de front avec M. Velpeau, a laissé depuis lors son compétiteur prendre sur lui d'immenses avantages; et M. Berard jeune, qui s'avance à grands pas vers une réputation méritée, esprit juste et puissant, professeur habile, suppléant par des études fortes et consciencieuses à l'expérience que le temps seul peut donner; mais à qui l'âge n'a pas encore permis d'acquérir cette expérience. M. Laugier se présente pour la première fois; c'est une candidature toute d'avenir. Puis vient M. Guerbois, successeur de Boyer à la Charité, et qu'il faut féliciter du moins de poursuivre par le concours la plus noble part de l'héritage dans lequel il est déjà entré par élection. Nous ne connaissons pas assez d'ailleurs les titres de M. Guerbois pour nous permettre de lui assigner un rang quant aux chances probables du concours. Et enfin nous clorons cette longue liste par M. Lepelletier du Mans, chirurgien célèbre dans sa province, et qui a fait à la science cet immense sacrifice de quitter un hôpital et une magnifique clientelle pour venir à Paris suivre de plus près les progrès de la chirurgie, et se préparer de longue main aux fortes luttes des concours.

Tels sont les noms, et si nous ne nous trompons, tel est à peu près le rang selon lequel l'opinion, qui se trompe rarement, a classé les compétiteurs. La haute renommée de quelques-uns, l'émulation chez les autres, et surtout la nécessité de soutenir le plus favorablement possible un dangereux parallèle, auquel ils n'ont pas craint de s'exposer, nous promettent une série de leçons capitales, sur les points les plus importans de la chirurgie. Nous croyons donc faire une chose utile et agréable en présentant le résumé exact des leçons les plus intéressantes, sans nous interdire la faculté d'indiquer ce qui nous paraîtra incomplet ou erroné, afin de présenter sur chaque question l'état réel de la science, et aussi d'amasser des données propres à justifier la décision qui donnera à Boyer un digne successeur.

Mardi on a entendu M. Bérard ; mercredi, M. Velpeau ; le jury se repose le jeudi. La première épreuve ne sera donc terminée que vers la fin de la semaine prochaine ; nous la mettrons toute entière alors sous les yeux de nos lecteurs.

N° DU 28.

THÉRAPEUTIQUE.

Note sur l'emploi de l'extrait alcoolique d'aconit-napel dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, par le docteur LOMBARD, médecin de l'hôpital civil et militaire de Genève.

Les propriétés médicales de l'aconit m'ont paru si remarquables, que depuis deux ans j'en ai fait l'objet de recherches spéciales que je viens vous communiquer en ce qui regarde le traitement du rhumatisme articulaire aigu. La préparation d'aconit que j'ai employée est un extrait alcoolique que j'ai fait préparer avec soin ; l'extrait ordinaire est souvent complétement inerte, soit par la quantité considérable d'amidon et de matière végétale qui délaie le principe actif, soit à cause de sa mauvaise préparation. Le suc de la plante, exprimé et soumis à une légère ébullition pour coaguler l'albumine végétale, est évaporé au Bain-Marie et repris par l'alcool, filtré et puis de nouveau évaporé à une douce température. De cette manière les principes volatils n'ont pas été perdus comme dans la préparation ordinaire des extraits, et le principe actif qui, suivant l'opinion de quelques chimistes, parait être détruit par la chaleur, n'a subi aucune modification fâcheuse. Le résultat a démontré que toutes ces précautions n'étaient pas inutiles, puisque j'ai obtenu avec l'extrait ainsi préparé les résultats remarquables que je vais transcrire, tandis que bon nombre d'auteurs ont déclaré que l'extrait d'aconit était une préparation inerte, et qu'ils l'avaient employée à très-haute dose sans obtenir aucun résultat thérapeutique. Les malades que j'ai traités par l'extrait alcoolique d'aconit en ont éprouvé des effets très-prononcés ; tous ont été guéris promptement et sans accidens, ainsi qu'on peut en juger par l'exposé des observations suivantes.

Rhumatisme aigu de l'articulation scapulo-humérale droite, durant depuis 15 jours et guéri en 48 heures par l'aconit.

OBS. I. — M. G..., habituellement bien portant, âgé de 50 et quelques années, n'ayant jamais eu de maladie goutteuse ni rhumatismale, fut atteint de douleur aiguë des articulations du poignet gauche et de l'épaule droite ; les tégumens du poignet étaient rouges et tuméfiés ; la pression et le mouvement développaient beaucoup de douleur dans les parties affectées. Cet état fut stationnaire pendant 8 jours employés à des frictions mercurielles et des opiacés. Pendant la seconde semaine, le tartre stibié à haute dose et les vésicatoires furent employés avec avantage pour la maladie du poignet, qui se dissipa en partie ; mais la douleur de l'épaule persistait toujours aussi intense ; elle était augmentée par la pression et par le mouvement, et empêchait complétement le sommeil. C'est alors que j'administrai l'extrait alcoolique à la dose d'un demi-grain trois fois par jour.

Dès la première nuit, l'effet du médicament fut très-marqué ; le malade dormit mieux qu'il ne l'avait fait jusqu'alors ; les mouvemens du bras furent plus faciles, et les douleurs de l'épaule furent moins intenses. Il n'y eut aucun autre effet qui parût résulter de l'emploi de l'aconit continué à la même dose.

Le lendemain, les douleurs sont tellement diminuées que les mouvemens sont peu gênés, et que le malade demande à reprendre son occupation de copiste. (Même prescription).

Le troisième jour de l'administration de l'aconit et le dix-neuvième de la maladie, la pression sur l'articulation de l'épaule ne développe presque plus de douleur, et les mouvemens du bras malade sont presque aussi libres que ceux de l'autre bras.

Cette première observation nous offre un cas remarquable de guérison par l'emploi de l'extrait alcoolique d'aconit ; nous y voyons une maladie qui datait de quinze jours et qui avait résisté à diverses médications, s'améliorer notablement en vingt-quatre heures et disparaître en trois jours. Nous ne pouvons expliquer cette prompte guérison que par une action spécifique de l'aconit sur la maladie de l'articulation, car il n'y avait eu aucune évacuation qui pût faire admettre une dérivation ; le malade n'avait eu ni sueurs, ni diarrhée, ni vomissemens, et n'avait paru éprouver aucun effet autre que l'action bienfaisante et curative du médicament. La guérison n'a pas été moins durable que prompte, car depuis cinq mois aucune rechute n'est venue déranger la santé de M. G... Le second cas que je vais citer n'est pas moins remarquable que le précédent.

Rhumatisme articulaire de l'épaule datant de trois semaines, enlevé en 48 heures par l'aconit.

OBS. II. — Vittel, femme de 52 ans, entre à l'hôpital le 18 décembre. Elle me raconte avoir eu, il y a quelques années, un rhumatisme articulaire aigu qui l'obligea à rester plusieurs mois au lit et à marcher pendant long-temps avec des béquilles. Depuis lors elle avait toujours été bien portante, sinon que, depuis trois semaines, elle avait ressenti une douleur assez vive dans l'articulation de l'épaule gauche. Depuis deux jours cette douleur avait pris un degré d'intensité suffisant pour empêcher complétement les mouvemens du bras. L'articulation est excessivement douloureuse sous la pression à la région antérieure ; les fonctions digestives ne sont pas troublées, non plus que la circulation, qui est à l'état normal. Des sangsues appliquées sur la douleur, et quelques opiacés, n'amenèrent aucun soulagement ; aussi dès le lendemain de l'entrée de la malade, je prescrivis un grain d'extrait alcoolique d'aconit, à prendre quatre fois dans la journée.

Huit grains sont administrés par mégarde ; et comme il ne s'ensuit aucun effet fâcheux, je prescris deux grains à prendre toutes les deux heures. Il n'y a pas grande diminution des douleurs, mais les mouvemens deviennent un peu plus faciles.

Le troisième jour de l'administration de l'aconit, l'amélioration est si prononcée que la douleur peut être considérée comme diminuée des trois quarts; les mouvemens du bras ne sont presque plus gênés, au point que la malade peut s'en servir pour s'habiller. Enfin on peut appuyer avec force sur l'articulation, sans développer aucune souffrance. Aussi la malade se considère comme guérie, et demande à sortir de l'hôpital. Elle y reste encore deux jours pour s'assurer de la réalité de la guérison, et la sortie est accordée après un séjour de quatre journées.

Dans ce second cas comme dans le premier, l'administration de l'aconit a été promptement suivie de la cessation des symptômes morbides; la douleur provoquée par les mouvemens du bras était d'une telle intensité qu'elle arrachait des cris à la malade, et cependant il a suffi de 48 heures pour l'enlever complétement et pour ramener les fonctions du bras à leur état normal. Aucun effet fâcheux n'a suivi l'administration de 20 à 24 grains d'extrait répétée pendant trois jours; seulement, au bout de ce temps, les selles commençant à devenir fréquentes, on suspendit l'emploi de tout médicament. Mais la guérison déjà obtenue ne s'est pas démentie depuis lors.

Rhumatisme articulaire aigu occupant successivement diverses articulations, et promptement guéri par l'aconit.

Obs. III. — Soulier, ferblantier, âgé de 30 ans, entre à l'hôpital après 6 jours de maladie. Il raconte n'avoir jamais eu de rhumatisme jusqu'à il y a 6 jours, qu'il a été pris de douleurs aiguës dans les deux articulations tibio-tarsiennes; deux jours après les genoux ont été attaqués et tuméfiés; les hanches ont été aussi atteintes la veille de son entrée à l'hôpital. La douleur paraît occuper surtout les ligamens dans les parties fibreuses, qui sont douloureux sous la pression. Il y a réaction fébrile et anorexie. Je prescris un demi-grain d'extrait alcoolique d'aconit d'abord, cinq fois, puis six fois par jour.

Au bout de 48 heures l'amélioration est très-prononcée; le pouls, qui était à 100, ne bat plus que 80 fois par minute, l'anorexie s'est dissipée, et les douleurs ont disparu dans tous les points qu'elles occupaient précédemment; mais elles se sont portées aux gros orteils, qui sont rouges et tuméfiés (Même prescription.)

Le lendemain, dixième jour de la maladie, les orteils sont dégagés, mais les hanches sont un peu douloureuses.

Le onzième, la douleur occupe le poignet gauche, dont les tégumens sont rouges et tendus, ainsi que plusieurs des articulations de la main. La dose du médicament est portée successivement à cinq et six grains dans les 24 heures.

Enfin le quatorzième jour, toutes les articulations sont dégagées et ont repris leurs mouvemens habituels. La guérison est complète.

Cette observation nous fournit plusieurs remarques importantes. En premier lieu, nous voyons un état fébrile et des symptômes généraux se dissiper en 48 heures; les douleurs et la tuméfaction occuper successivement plusieurs articulations, mais ne se fixer sur aucun point pendant plus de deux jours, grâces à l'administration de l'aconit, qui poursuit le principe rhumatismal partout où il se montre, et ne lui donne pas le temps d'amener une désorganisation dans les tissus. L'observation suivante nous montrera d'une manière plus évidente encore cette propriété remarquable de faire cesser les fluxions rhumatismales partout où elles tendent à s'établir.

Rhumatisme aigu occupant diverses articulations et cédant en sept jours à l'emploi de l'aconit à haute dose.

Obs. IV. — Mᵉ P..., blanchisseuse, âgée de 31 ans, fut atteinte il y a trois ans, à l'époque d'un sevrage, d'un rhumatisme articulaire qui la retint au lit pendant trois mois, et la rendit impotente pendant fort long-temps. Elle commençait à sevrer, il y a huit jours, lorsqu'elle fut saisie de douleurs exactement semblables à celles qu'elle éprouva, il y a trois ans. La poitrine et la tête, et plus tard les membres, furent successivement le siége de douleurs aiguës qui ne tardèrent pas à être accompagnées de fièvre et qui obligèrent la malade à garder le lit.

Appelé le neuvième jour, je trouve le pouls à 90, la peau chaude, le genou gauche tuméfié, chaud et très-douloureux par la pression et le mouvement; les deux hanches sont aussi très-douloureuses. Malgré l'apparition de la menstruation, je prescris l'aconit à la dose d'un demi-grain toutes les deux heures pour apaiser l'intensité des douleurs qui depuis huit jours ne cessaient d'augmenter et supprimaient le sommeil. Dès la première nuit, le sommeil reparaît et les douleurs sont notablement diminuées; les hanches sont dégagées, mais les deux genoux sont encore douloureux. (Un grain d'aconit toutes les deux heures.)

La malade a eu cette nuit comme la précédente d'abondantes sueurs; les genoux sont libres, mais les gros orteils sont douloureux et tuméfiés. (Un grain et demi d'aconit toutes les deux heures.)

Les douleurs sont presque complétement disparues, les extrémités inférieures sont dégagées, au point que la malade peut se tenir sur ses jambes pendant quelques instans, les sueurs continuent; la menstruation n'est point arrêtée. (Même prescription.)

Le lendemain, 13ᵉ jour de la maladie, les articulations de l'épaule, du coude, du poignet et de la main gauche, sont le siége de douleurs aiguës et d'une tuméfaction assez prononcée, surtout à la main; elle a pu néanmoins reposer un peu pendant la nuit; sueurs abondantes; la menstruation est presque terminée; appétit bon; digestions faciles; le pouls, qui précédemment ne dépassait pas 80, s'est élevé cette nuit à 96. (Trois grains d'extrait d'aconit toutes les deux heures.)

L'épaule et le coude sont dégagés, mais le poignet est toujours tuméfié et douloureux; les articulations de la main sont presque toutes libres, sauf celles du pouce qui sont un peu tuméfiées et douloureuses sous la pression; un peu moins d'appétit qu'hier; langue blanche; point de selles depuis hier; pulsations 96. (Trois grains d'aconit toutes les heures et demie.)

Le lendemain toutes les articulations sont libres, mais les mouvemens du poignet et des pieds sont encore gênés; l'é-

paule droite est un peu douloureuse ; sueurs abondantes pendant la nuit. (Six grains d'extrait d'aconit toutes les deux heures.)

La convalescence était complète lorsque la malade fit une grande imprudence qui ne tarda pas à amener une rechute ; elle se leva étant en sueur et se promena pendant plus de deux heures quoiqu'à peine vêtue. Aussi dès le lendemain recrudescence des douleurs qui le surlendemain acquièrent une intensité qu'elles n'avaient point encore atteinte; toutes les articulations du bras et de la main droite sont tuméfiées et douloureuses ; le moindre mouvement arrache des cris à la malade, il n'y a cependant pas augmentation de symptômes généraux. Je prescris d'abord six grains, et le lendemain neuf grains d'extrait d'aconit toutes les deux heures, et grâce à cette puissante médication, je ne tarde pas à obtenir la diminution et même la cessation des douleurs ; cependant cet heureux résultat est plus lent à paraître que dans la première attaque. Dès le second jour les douleurs qui étaient des plus aiguës diminuèrent au point que la malade put reposer toute la nuit; le troisième jour les douleurs et la tuméfaction ont complétement disparu à l'épaule, au coude et au poignet; mais les phalanges restent douloureuses sous la pression ou le mouvement, et ne sont complétement dégagées que le cinquième jour, et même à cette époque il reste encore plus de raideur et de gêne dans les mouvemens de la main que dans ceux du bras et de l'épaule.

Cette observation a présenté quelques particularités dignes d'être signalées. Comme dans les cas précédens, nous voyons les douleurs céder en quelques heures, et les fluxions rhumatismales se dissiper en 36 ou 48 heures ; et tandis que, dans une précédente attaque, la malade est restée 3 mois au lit, elle a pu, grâces à l'aconit, se lever au bout de huit jours. Lorsqu'une grave imprudence a ramené de nouvelles douleurs, l'aconit les a de nouveau dissipées et n'a pas tardé à faire cesser le mal partout où il se montrait. L'administration de doses considérables d'aconit (*trois à quatre scrupules et demi par jour*), n'a été suivie d'aucun effet fâcheux, ni sur l'estomac qui a continué ses fonctions pendant toute la durée du traitement, ni sur les intestins, qui n'ont été en aucune manière irrités, ni sur le système nerveux, qui n'a présenté d'autre trouble que quelques éblouissemens et des rêves, ni même sur la menstruation, qui a suivi son cours régulier, malgré les douleurs et le médicament. Mais le symptôme principal qui nous a paru résulter de l'emploi de l'aconit, a été une sueur abondante et presque continuelle. Au reste, ce phénomène ne doit point être considéré comme un effet constant de l'administration de l'aconit, puisque ce cas est le seul où je l'aie observé. Chez tous les autres malades il y a eu guérison sans sueurs, et même chez Mme P..., qui fait le sujet de cette observation, les sueurs n'ont pas toujours accompagné l'amélioration des symptômes, ainsi que je l'ai remarqué pendant la recrudescence du mal. Une dernière remarque qui sera vérifiée par l'observation 6e, c'est la rapidité de la guérison des grandes articulations, comparée à celle des petites : les premières ont été dégagées longtemps avant celles-ci, qui sont restées pendant plusieurs jours engorgées et douloureuses sous la pression et par le mouvement.

Rhumatisme articulaire aigu avec épanchement considérable dans le genou droit, promptement guéri par l'aconit.

Obs. V. — Joseph Beck, charpentier, âgé de 30 ans, entre à l'hôpital après six semaines de maladie. Il raconte avoir eu successivement des douleurs aux reins, à l'épaule et au genou droit. Ce dernier organe n'est atteint que depuis trois jours. Il est notablement augmenté de volume et présente une fluctuation évidente ; le moindre mouvement y développe des douleurs aiguës. La clavicule gauche est sensible sous la pression ; le pouls est fébrile (96 à 100) ; la peau toujours couverte d'une sueur abondante ; la langue blanche ; les autres fonctions normales. Je prescris d'abord un demi-grain d'extrait *trois fois par jour, puis six, huit et dix fois*. Au bout de trois jours de traitement, la fièvre et les sueurs ont complétement disparu. Les douleurs du genou sont notablement diminuées ; son volume paraît un peu moindre. La dose du médicament est portée à *six* et *sept* grains par jour, et dès le sixième jour du traitement, les douleurs de la clavicule et celles du genou ont complétement cessé ; la marche n'est plus gênée que par l'épanchement synovial, qui n'est point encore résorbé en totalité. Néanmoins la diminution du genou est déjà de 9 lignes sur la mesure prise à l'entrée du malade. Tous les organes sont à l'état normal, y compris l'estomac, qui supporte bien une alimentation assez considérable.

La convalescence continua sans accident, sauf un peu de douleur et de gonflement à l'articulation du poignet gauche, qui ne tardèrent pas à se dissiper. L'humidité de l'atmosphère ramena aussi, au bout de quinze jours, un peu de lumbago et quelques élancemens dans le genou. Je voulus contrebalancer cette influence atmosphérique par des bains de vapeur ; mais l'état du malade restant stationnaire, je repris l'aconit à la dose de *douze* à *dix-huit* grains par jour, et dès le surlendemain, il y eut une amélioration très-remarquable ; en sorte que le malade demanda la continuation des pilules qui, suivant lui, exerçaient plus d'influence sur les douleurs que les bains de vapeur.

Le cas de Joseph Beck est un nouvel exemple de rhumatisme articulaire aigu promptement amélioré par l'usage de l'aconit. Dès le second jour de l'emploi de ce médicament, les douleurs et la fièvre disparaissent, l'appétit se développe, toutes les fonctions reprennent leur état normal, et en moins d'une semaine l'épanchement considérable qui existait dans le genou avait diminué des trois quarts ; en sorte que ce malade, qui ne pouvait faire un mouvement dans son lit sans de grandes souffrances, a pu marcher librement sans autre gêne que l'action mécanique d'une synovie trop abondante. Tandis que dans l'observation précédente les sueurs ont paru résulter de l'administration de l'aconit, nous les avons vues, dans ce dernier cas, cesser après deux jours de traitement, et ne plus reparaître malgré la continuation de l'emploi du médicament.

Rhumatisme articulaire aigu occupant le poignet et la main droite, guéri par l'aconit.

Obs. VI. — Madame B***, âgée de 59 ans, blanchisseuse,

fut atteinte il y a trois ans d'une sciatique qui céda à l'emploi des vésicatoires. Depuis lors, elle n'avait eu aucune douleur rhumatismale jusqu'au moment où toutes les articulations, et principalement celles du pouce de la main droite, devinrent le siége d'une vive douleur et d'une tuméfaction œdémateuse, accompagnée en quelques points de rougeur des tégumens. La moindre pression développe une douleur aiguë dans tous les points attaqués. La santé générale est bonne; il n'y a ni anorexie ni symptôme fébrile. Je prescris d'abord un grain d'aconit toutes les deux heures, puis je porte successivement la dose à deux, trois et quatre grains et demi distribués de même.

La première pilule produit des nausées et des vomissemens; la seconde a le même effet; mais les suivantes ne paraissent avoir aucune action sur l'estomac, non plus que sur les intestins. Les autres symptômes qui résultent de l'emploi du médicament sont des vertiges, des éblouissemens, une grande vivacité d'impressions, que la malade compare *à la lanterne magique* qui lui apparaîtrait dès qu'elle ferme les yeux. L'effet local sur les douleurs fut prononcé, dès le premier jour, par leur diminution notable; et à chaque augmentation de la dose du médicament la malade en a ressenti immédiatement l'action sédative. L'enflure n'a pas diminué aussi promptement que les douleurs; car à la fin du traitement, il existait encore un œdème très-prononcé au dos de la main et autour des petites articulations. Pendant que la malade était en traitement, le mal s'étendit de la main au poignet, au coude et à l'épaule; mais ces diverses fluxions rhumatismales, quoique plus intenses et plus étendues que celles des phalanges, cédèrent plus promptement à l'emploi du médicament; en sorte que les articulations qui avaient été les premières atteintes furent les dernières guéries. Dès le sixième jour de la maladie et le troisième du traitement, le pouce a été dégagé. Au dixième, les articulations du médius et de l'annulaire ont été les seules malades. Enfin, deux jours après, c'est-à-dire le douzième jour, la malade a pu reprendre ses occupations et n'a éprouvé qu'un peu de raideur dans les articulations de la main qui avait été le siége du mal.

Plusieurs remarques intéressantes nous sont fournies par l'observation qu'on vient de lire; en premier lieu, nous voyons l'estomac, qui, d'abord paraissait ne pouvoir supporter l'aconit, s'y accoutumer au point que des doses considérables ont pû être administrées pendant plus de quinze jours sans aucun dérangement des fonctions digestives. En second lieu, nous avons pu suivre mieux que chez d'autres malades les symptômes consécutifs à l'emploi de ce remède, tels que l'engourdissement du bras malade, les vertiges, les visions, les bouffées de chaleur au visage et une grande vivacité d'impression presque toujours accompagnée de pensées gaies et riantes. En troisième lieu, l'amélioration des symptômes et la diminution des douleurs n'ont pas été moins frappantes dans ce cas que dans les précédens; dès le premier jour, les douleurs avaient notablement diminué, et chaque fois que la dose du médicament avait été augmentée, les douleurs avaient été aussi calmées en proportion; ce dernier effet avait été si prononcé que lorsque la malade avait pris trois grains toutes les deux heures, elle avait cru être sous l'influence d'un narcotique. Enfin nous avons vu les grandes articulations du poignet, du coude et de l'épaule, être plus promptement guéries que celles des phalanges digitales, quoique celles-ci eussent été les premières affectées par le principe rhumatismal. L'œdème qui s'est montré autour des articulations malades a suivi la même marche que les douleurs, c'est-à-dire qu'il s'est dissipé plus promptement autour des grandes que des petites articulations.

Je pourrais citer encore deux ou trois observations de rhumatisme articulaire aigu dissipé par l'emploi de l'extrait alcoolique d'aconit, mais je pense que les précédentes suffisent pour démontrer l'utilité de cette médication, surtout si j'ajoute que je n'ai pas rencontré un seul cas de rhumatisme articulaire aigu qui ait été rebelle à ce traitement; et lorsque je compare les résultats que j'ai obtenus précédemment par les antiphlogistiques, les opiacés, les sudorifiques, le tartre stibié à haute dose, et les dérivatifs, je n'hésite pas à déclarer que l'avantage est tout en faveur du traitement par l'extrait alcoolique d'aconit.

Les recherches que j'ai faites sur ce traitement m'ont démontré qu'il jouit d'une vertu spécifique pour dissiper les fluxions rhumatismales fixées sur les articulations. Il ne paraît pas détruire le principe du rhumatisme, puisque l'on voit des articulations être attaquées pendant que le malade prend des doses considérables d'aconit; mais sans exercer d'action préservative ou prophylactique, il n'en guérit pas moins le rhumatisme en neutralisant son influence morbide partout où il tend à se fixer.

L'action de l'aconit sur les articulations atteintes de rhumatisme aigu ne tarde pas beaucoup à se montrer; souvent des malades m'ont affirmé avoir éprouvé une diminution de leurs douleurs dans l'espace d'une heure; mais ordinairement l'effet sédatif n'est évident qu'au bout de quelques heures; l'action antiphlogistique qui détruit la fluxion et la tuméfaction, soit intérieures, soit extérieures à l'articulation, est ordinairement plus tardive; douze à vingt-quatre heures sont l'époque la plus ordinaire de cette amélioration; elle se fait cependant quelquefois attendre trente-six à quarante-huit heures. Ainsi que nous l'avons vu dans deux cas, l'aconit agit plus promptement sur les grandes que sur les petites articulations. Nous avons déjà noté que les engorgemens du coude et du poignet, survenus plusieurs jours après ceux des phalanges, étaient dissipés long-temps avant ceux-ci. L'influence de l'aconit ne se borne pas au pourtour des articulations, elle s'étend encore à la membrane synoviale et contribue puissamment à la résorption des épanchemens qui existent dans presque tous les cas de rhumatisme aigu. Nous avons vu avec quelle promptitude un épanchement considérable dans le genou avait été résorbé, grâce à l'administration de l'aconit.

Stork, qui le premier a donné ce médicament dans le rhumatisme, avait cru lui reconnaître une vertu sudorifique, et avait saisi cette indication. Les détails dans lesquels je suis entré à l'occasion des observations contenues dans ce mémoire, peuvent servir à démontrer que cette opinion est erronée; en effet, sur huit à dix cas de rhumatisme articulaire aigu que j'ai traités par l'aconit, il n'en est qu'un où l'emploi de ce médicament ait été suivi de sueurs abondantes; dans tous les autres, la guérison a été obtenue sans action sudorifique, et même dans ce cas (obs. 5e) l'emploi de l'a-

conit fit cesser des sueurs qui duraient depuis quinze jours.

L'influence de l'aconit sur le système nerveux est très-remarquable. Dès que les doses sont un peu élevées, j'ai toujours observé une certaine excitation de l'encéphale, caractérisée par des visions nocturnes, par une certaine gaieté et une grande vivacité d'impressions ; la circulation de l'encéphale a paru être modifiée de manière à produire des vertiges, des éblouissemens, des bouffées de chaleur au visage; mais dans aucun cas je n'ai observé d'effet fâcheux dû à l'administration de l'aconit, quoique je l'aie donné jusqu'à la dose d'*un gros et demi* dans les *vingt-quatre heures*.

Les fonctions digestives ne sont que peu ou point modifiées par l'emploi de ce médicament. J'ai vu chez la plupart des malades traités par cette méthode l'appétit se développer dès le second ou troisième jour, et se maintenir pendant toute la durée du traitement. Quelques-uns se sont plaints d'avoir la bouche mauvaise et ont présenté un peu de blancheur de la langue ; mais ils n'en ont pas moins continué à prendre des alimens, et ces symptômes n'ont pas tardé à se dissiper. Les selles n'ont point augmenté de fréquence, sauf dans un cas où cette circonstance engagea à suspendre le médicament, mais seulement après la cessation complète des symptômes rhumatismaux (obs. 2e). Les urines n'ont été altérées ni dans leur qualité, ni dans leur quantité, chez les malades traités ainsi. En sorte qu'après avoir passé en revue les diverses fonctions et avoir vu qu'elles n'étaient en aucune manière modifiées par l'administration de l'aconit, nous sommes amenés à ne considérer ce médicament ni comme un dérivatif, ni comme un sudorifique, mais comme un remède spécifique contre les fluxions rhumatismales, et dont l'action porte sur les parties fibreuses et tendineuses qui entourent les articulations, aussi bien que sur la membrane synoviale qui les tapisse.

Quant aux doses et au mode d'administration, je n'ai que peu de mots à dire ; il ne m'a pas paru nécessaire de joindre l'aconit à aucun médicament, et je l'ai par conséquent toujours administré seul ; il n'est cependant pas impossible que sa réunion avec l'opium ou tout autre médicament indiqué dans un cas spécial, contribue à rendre son action plus sure et plus convenable. N'étant pas encore guidé par l'expérience, j'ai dû commencer par de très-petites doses, telles qu'*un quart* ou *un demi-grain* deux à trois fois par jour. Maintenant que j'ai vu l'administration de doses considérables être tout-à-fait inoffensives, je crois pouvoir conseiller de commencer par *un demi-grain* toutes les deux heures, et d'augmenter successivement jusqu'à *six* et *neuf* grains dans le même espace de temps. Il ne paraît pas probable qu'il soit nécessaire d'atteindre cette dernière quantité, que je n'ai pas dépassée ; mais je pense qu'elle peut être encore augmentée, si j'en juge par l'innocuité de cette dose.

CONCLUSIONS.

1° L'extrait alcoolique d'aconit est doué d'une propriété spécifique contre le rhumatisme articulaire aigu.

2° Il fait cesser très-promptement les douleurs et la tuméfaction, et dissipe les épanchemens de synovie contenus dans les articulations atteintes de rhumatisme aigu.

3° Ce médicament n'agit pas comme dérivatif sur la peau ou le canal intestinal.

4° Administré à haut dose, il produit une forte stimulation de l'encéphale et paraît modifier sa circulation.

5° L'extrait alcoolique contient le principe actif de l'aconit, du moins quant à ses propriétés anti-rhumatismales.

6° L'on peut administrer en doses croissantes et fractionnées depuis six grains jusqu'à un gros et demi d'extrait alcoolique d'aconit dans les vingt-quatre heures.

LOMBALD, D.-M.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Nouvelles recherches sur les névralgies de la face, Par le docteur BELLINGERI.

« Ayant eu occasion, dit l'auteur de m'occuper de nouveau de la névralgie faciale depuis seize ans, époque où je publiai dans ma dissertation chirurgicale une longue histoire de cette maladie, je crois convenable d'exposer les principaux résultats des observations que j'ai recueillies dans le cours des quatorze années durant lesquelles j'ai exercé la médecine à Turin. J'ai eu à traiter durant ce temps, dans ma pratique particulière, 5,600 malades, parmi lesquels 40 étaient affectés de névralgies de divers rameaux de la cinquième ou de la septième paire. C'est de ce nombre d'observations que j'ai déduit les corollaires que je vais exposer. »

Les symptômes ont été si bien décrits par les auteurs, qu'il reste peu de chose à y ajouter. Une fois cependant, dans un cas de névralgie sus-orbitaire du côté gauche durant depuis plusieurs années, Bellingeri a vu les cheveux de toute la partie antérieure de ce côté de la tête devenir plus épais, plus hérissés, et croître plus rapidement que ceux du côté sain. La guérison fit cesser ce phénomène. Dans un autre cas, au contraire, la névralgie occasiona la chute des cheveux du côté affecté.

La névralgie débute toujours par des accès irréguliers ; mais plusieurs fois l'auteur a vu ces accès, par un traitement antiphlogistique convenable, se régulariser sous le type tierce, mais surtout quotidien ; et alors elle cédait facilement au quinquina. Jamais il n'a vu le type tierce simple ; il était toujours double, c'est à dire avec un accès tous les jours. Dans tous les cas, l'accès revenait tous les jours avant midi.

Sur ces quarante cas, deux fois seulement la névralgie occupait la septième paire. Chez le premier malade elle tenait à une cause traumatique : chez le second elle était due au développement de glandes scrophuleuses au voisinage de la septième paire. Parmi les branches de la cinquième paire, les plus fréquemment affectées furent la sous-orbitaire et la frontale ; et l'auteur a observé que la névralgie

sous-orbitaire a presque toujours son siége au côté droit de la face, tandis que la névralgie frontale attaque plus fréquemment le côté gauche. De plus, c'est la névralgie frontale qui prend le plus volontiers un type intermittent régulier, et jamais l'auteur n'a vu la névralgie sous-orbitaire devenir régulièrement intermittente.

Quant à l'influence de l'âge, tous les malades avaient dépassé 40 ans, à l'exception de deux frères, l'un de 25 ans, l'autre de 30 ans, tous deux nés d'une mère habituellement sujette depuis longues années à une céphalée opiniâtre revenant plusieurs fois par an.

Les deux sexes y sont également sujets. Bellingéri a eu à traiter 21 hommes et 19 femmes. Plus de la moitié de ses malades étaient des célibataires, observation qui s'accorde avec celle d'André Thouret et de Reil.

Les tempéramens sanguins simples ou sanguins nerveux, avec l'habitude du corps athlétique ou la fibre rigide, sèche et sensible, sont le plus exposés à ces névralgies. Chez les sujets lymphatiques, elles ne se développent que par suite de causes traumatiques ou rhumatismales.

Les névralgies commencent presque toujours au printemps ou dans l'automne; plus souvent au printemps, saison bien plus inconstante et irrégulière en Piémont que l'automne; peut-être faut-il en accuser les suppressions de la transpiration cutanée, qui réagissent principalement sur le système nerveux. C'est également dans ces deux saisons que les accès névralgiques reviennent plus fréquens et plus intenses; observation déjà faite par tous les auteurs qui ont traité des névralgies de la face.

Dans quatre cas, des névralgies habituelles invétérées, et rebelles à toute espèce de traitement, se calmèrent spontanément après dix ou douze années, et leurs accès diminuèrent beaucoup d'intensité et de fréquence. Dans un cas seulement une névralgie sous-orbitaire gauche, affectant un prêtre sexagénaire, de tempérament sanguin-nerveux, et de fibre rigide et sèche, avait d'abord été guérie par l'auteur; mais le malade étant allé dans un pays éloigné, la névralgie reparut plus intense, rebelle à tous les moyens, et après huit années le conduisit à une mort misérable.

Chez deux individus radicalement guéris, la névralgie reparut, chez l'un après deux ans, chez l'autre au bout de dix ans, et une guérison radicale suivit encore. Il est à remarquer que dans ces deux cas la névralgie occupant la première fois un rameau donné de la cinquième paire du côté droit de la face, avait reparu dans le rameau correspondant du côté gauche. Chez l'un le rameau sous-orbitaire et mentonnier était affecté; chez l'autre, le rameau frontal et nasal.

En ajoutant les faits rapportés dans sa dissertation à ceux qu'il a vus depuis, l'auteur compte 36 cas de névralgie aiguë, qui, traités par lui dès le début, ont guéri radicalement et sans récidive. Quand la névralgie était chronique et datait de plusieurs années, il pouvait bien la soulager; mais une seule fois il obtint une guérison radicale, au moyen de l'incision du rameau sus-orbitaire.

Les causes sont variables. Deux fois la névralgie se développa sous l'influence de causes traumatiques; dans un cas à la suite d'un coup à la tête reçu dans une chute; dans l'autre après un coup d'un fer à demi émoussé tombé de haut sur le nerf sus-orbitaire gauche.

Deux fois la terreur en fut la cause chez deux femmes; la première ayant été attaquée par des voleurs; la seconde, ayant été emportée sur le penchant d'une montagne par des chevaux fougueux. Chez celle-ci la névralgie attaquait le rameau frontal droit; elle fut terrible, dura huit années, céda, puis revint au côté gauche, céda encore au bout de deux ans, mais fut suivie d'une céphalée intense dans la région occipitale, qui détermina la manie et enfin une véritable gastro-entérite avec aversion complète pour les alimens, et la malade mourut dans un état de consomption. Chez l'autre dame, au contraire, les accès se calmèrent d'eux-mêmes et devinrent très-rares; et elle mourut enfin d'apoplexie. Il paraît que les névralgies produites par cette cause est des plus rebelles au traitement.

Bellingeri n'a vu qu'une fois la névralgie se développer à l'époque de la cessation des règles, et chez un homme, par suite de la suppression d'hémorrhoïdes; ces deux malades furent guéris par un traitement calmant et antiphlogistique.

Mais les causes les plus fréquentes sont celles de nature rhumatismale; telles sont l'habitation dans un lieu humide, les alternatives brusques de température, l'action du froid sur la face; presque tous les faits se rapportent à cette catégorie.

Il reconnaît à la névralgie une essence variable; elle peut être selon lui, *inflammatoire*, *irritative* et *nerveuse*. Et chacune de ces espèces peut se diviser elle-même en plusieurs variétés.

Ainsi la névralgie inflammatoire est *sanguine*, *phlogistique* et *rhumatique*. La névralgie sanguine dépend d'une simple pléthore générale ou locale; comme il arrive après la suppression des règles; des hémorrhoïdes, etc. L'unique élément morbide est la congestion sans travail inflammatoire réel; le rétablissement des hémorrhagies supprimées, quelques émissions sanguines, quelques purgatifs, aidés d'un régime sévère, suffisent pour la combattre.

La névralgie *phlogistique* dépend d'une véritable phlogose dans le tronc nerveux ou à son origine, et veut un régime antiphlogistique. Dans cette classe se range la névralgie traumatique; mais ici on ne peut attendre de succès du traitement antiphlogistique qu'autant que le nerf n'a pas été gravement contus ou déchiré; la section du nerf est le dernier remède.

La névralgie *rhumatismale* est toujours dans son principe de nature inflammatoire, et demande des antiphlogistiques unis aux calmans; mais elle se distingue des autres parce que, après avoir épuisé ce traitement, elle est sujette à résister, et exige alors les révulsifs et les diaphorétiques. Toutefois elle cède assez aisément quand elle est prise à son début; et dans ces conditions, Bellingeri dit n'avoir pas eu un seul insuccès.

La névralgie est *irritative* quand elle dépend d'un corps étranger qui offense le nerf, d'une dent cariée, de vers, de tumeurs dans les sinus frontaux ou maxillaire, de la suppression d'un exanthème, de la syphilis, et enfin de toute autre cause qu'il faut détruire pour obtenir la guérison. Il y a donc ici un double traitement à faire subir au malade.

La névralgie *nerveuse* se distingue, relativement à sa marche, en intermittente irrégulière ou régulière. Il est fort

rare que la névralgie ait ce caractère dès son début; telle est cependant celle qui provient de chagrins long-temps prolongés. Mais toutes les névralgies inflammatoires, rhumatismales, ou produites par des causes irritantes, qui persistent après que l'élément inflammatoire a été enlevé, deviennent nerveuses et se guérissent par les calmans. Parmi les médicamens de ce genre sont comptés les extraits narcotiques, l'eau de laurier-cerise, l'acide prussique, l'emploi de la glace, la belladone, la stramoine, l'aconit, la ciguë, etc. Ceux qui ont le mieux réussi sont l'eau de laurier-cerise, soit distillée, soit cohobée, et particulièrement l'extrait de jusquiame. Mais il faut le donner à haute dose, et le porter jusqu'à 20 et 30 grains en 10 ou 12 heures. Dans un cas de névralgie rhumatismale, deux ou trois saignées ayant dissipé l'élément inflammatoire, l'extrait de jusquiame ainsi donné fit cesser la névralgie en 12 heures. Dans un autre cas, il fut nécessaire de continuer ce moyen pendant trois jours à la dose d'un scrupule par jour.

L'acétate de morphine a été essayé à l'intérieur avec peu d'avantages. Il n'en est pas de même à l'extérieur, si on l'administre dissous dans l'huile d'amandes douces en frictions sur la région malade, ou mieux encore sur la peau dénudée par un vésicatoire. Dans trois cas de névralgie rhumatique, après les moyens antiphlogistiques convenables, un vésicatoire placé au bras du côté malade et recouvert toutes les 24 heures d'un demi grain d'acétate de morphine, amena en trois jours une guérison complète et sans récidive. Dans un cas de névralgie lombo-crurale fort intense, on essaya d'appliquer sur un vésicatoire deux grains d'acétate de morphine; il en résulta des phénomènes d'empoisonnement.

Quand la névralgie vient de cause rhumatismale, la méthode antiphlogistique et la méthode calmante ne suffisent quelquefois pas; alors l'établissement à demeure d'un vésicatoire au bras a été trouvé, dans certains cas, utile et nécessaire; dans d'autres, il a fallu recourir aux diaphorétiques, tels que le kermès combiné à l'extrait d'aconit, qui, en amenant d'abondantes sueurs, pourraient enfin amener la guérison.

Si le malade est d'une constitution faible et lymphatique, on peut employer les préparations de fer et de quinquina. Quand la névralgie est due à de longs chagrins, elle semble dépendre alors d'un état de perturbation du système nerveux qu'il est fort difficile de ramener au rhythme normal. Alors les calmans, les toniques sont sujets à échouer; on peut essayer alors les fleurs de zinc, la valériane, le cuivre ammoniacal: le prussiate de fer; mais je n'ai pas vu, dit l'auteur, guérir par ces moyens une seule névralgie dépendant de pareilles causes et durant depuis longtemps.

La névralgie à accès périodiques réguliers ne demande que les préparations de quinquina. Quand il y a enfin altération du nerf telle que tous les moyens ont échoué, il reste encore la section avec excision du nerf, ou sa cautérisation. Mais celle-ci est tellement douloureuse que Bellingeri, qui l'a vue employer, la rejette dans tous les cas, soit qu'on la pratique après la section simple, ou sans section préalable, ou enfin comme le proposait Paletta, qu'on pratique l'excision avec un couteau rougi au feu.

Sur l'efficacité de l'extrait alcoolique de l'écorce de racine de grenadier contre le tœnia; par le docteur MOJOLI.

Les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE se souviennent d'une discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine (séance du 28 janvier), à propos d'un sirop préparé par M. Duplan avec l'extrait d'écorce de racine de grenadier. La commission déclara que la décoction simple n'étant jamais infidèle, il n'y avait nulle raison de lui substituer un extrait quelconque. Il est juste de rappeler que M. Mérat donna comme condition d'efficacité du médicament, que l'écorce fût fraîche et que le malade rendit des fragmens de vers. La seconde de ces conditions existe à peu près toujours, puisqu'on n'est sûrement averti de la présence d'un tœnia que par l'éjection des fragmens; peut-être a-t-on trop négligé la seconde. Quoi qu'il en soit, M. Mojoli déclare qu'il a nombre de fois vu administrer sans succès la décoction dans le grand hôpital de Milan; et à part ces insuccès, la saveur de cette décoction est si rebutante, que beaucoup de malades ne peuvent absolument la prendre, quelque envie d'ailleurs qu'ils aient de guérir.

M. Deslandes ayant proposé de substituer l'extrait alcoolique à la décoction, M. Mojoli saisit l'occasion d'expérimenter cette nouvelle forme de remède, et les deux observations qui suivent paraissent ne laisser aucun doute sur son efficacité.

OBS. — Une jeune dame d'excellente constitution, mère de deux fils robustes, consulta l'auteur au commencement de 1833 pour quelques fragmens de tœnia qu'elle avait rendus par les selles. M. Mojoli, qui avait déjà essayé lui-même, sans succès la décoction de grenadier, sur un autre individu, préféra en cette occasion le remède de madame Nouffer, et se souvenant de l'opinion émise sur cette méthode par un professeur célèbre, *qu'elle n'échoue que par la timidité du médecin*, il força les doses des drastiques sans en retirer aucun effet, qu'une violente colique qui heureusement dura peu, et qui le fit renoncer pour toujours à cette méthode. La malade étant venue le revoir en mai 1833, il songea à l'extrait alcoolique de grenadier; Il commença, le 6 mai, par faire prendre un purgatif composé de jalap et de calomel pour débarrasser les intestins. Le 8 et le 9, on prescrivit de l'eau de Sedlitz dans le même but. Le 10, au soir, une petite panade au beurre frais, et enfin le 11, à sept heures du matin, la malade prit en trois fois, à une demi-heure d'intervalle, 6 drachmes d'extrait alcoolique de grenadier dissous dans un véhicule d'eaux aromatiques. A la seconde dose, il y eut une selle aqueuse qui détermina une légère prostration de forces avec quelques faibles crampes dans les jambes, nulle colique d'ailleurs, le pouls ralenti donnant de 60 à 70 pulsations. A peine avait-elle avalé la troisième dose, qu'un pressant besoin d'aller à la selle, accompagné de deux ou trois douleurs pongitives à la région du colon gauche, la forcèrent à se lever du lit, et elle rendit un gros peloton précédé et suivi de matières aqueuses. Ce peloton examiné dans l'eau offrit trois têtes et trois corps du tœnia décrit par Bréra sous le nom de *tœnia inerme*, chacun des trois ayant environ huit brasses de

longueur. La dame s'endormit paisiblement, se réveilla deux heures après dans un état parfait, et voulut se lever; mais par prudence le médecin la retint au lit un jour entier, en lui faisant boire des potions mucilagineuses. Neuf mois se sont écoulés depuis et la guérison ne s'est point démentie.

L'auteur fait remarquer que la queue manquait chez deux de ces tœnias; mais le troisième avait l'extrémité caudale terminée comme l'indique Bréra dans son mémoire sur ce sujet. C'est également une chose à noter, que l'expulsion simultanée de trois tœnias à la fois, quoique la présence de plusieurs tœnias chez le même sujet ne soit pas bien rare.

La même conduite fut suivie quelque temps après pour une dame qui souffrait depuis long-temps d'un tœnia; il fut également rendu en un paquet dans l'espace d'une heure et demie, et les accidens occasionés par la présence du ver, cessèrent immédiatement. La dose de 6 drachmes, qui paraît un peu forte, n'a cependant causé aucune impression fâcheuse sur le tube intestinal; en sorte que, si ces expériences se répétaient suffisamment et avec le même succès, l'extrait alcoolique d'écorce de racine de grenadier serait une précieuse acquisition pour la thérapeutique.

II. BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Sur une hernie de la ligne blanche; par le professeur L. PACINI, de Lucques.

Obs. — Agata Gianbastiani, âgée de 49 ans, d'une forte corpulence, accoucha il y a dix ans de son dixième enfant, après un travail long et difficile. Sur la fin de ses couches, elle s'aperçut d'une petite tumeur de volume d'une châtaigne, développée quelques lignes au-dessous de l'ombilic. Cette tumeur resta quatre années sans l'incommoder beaucoup, le toucher la faisant rentrer dans le ventre. Dans le cours des deux années suivantes, il fallut la maintenir avec un bandage, et enfin dans les quatre dernières années, la tumeur ne rentrait plus et causait de temps à autre de petites coliques qui cédaient toutefois au repos, aux fomentations, aux lavemens et aux huileux à l'intérieur. Le 24 août dernier, la constipation se manifesta en même temps qu'une douleur sourde dans la tumeur. Ces symptômes allèrent croissant. Le troisième jour survinrent du gonflement dans l'abdomen, de la difficulté de respirer, des vomissemens bilieux et de temps en temps le hoquet. Le soir, on envoya chercher un médecin qui déclara la herniotomie nécessaire, et le lendemain matin le professeur Pacini fut appelé en qualité de chirurgien.

La tumeur était quelque peu pédiculée, du volume d'un petit melon, ovale, ayant 7 pouces dans son plus grand diamètre, et située sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic, dont la cicatrice paraissait intacte. Les bosselures qu'elle offrait indiquaient bien un épiploecèle, mais la gravité des symptômes était telle qu'une anse d'intestin devait nécessairement y être contenue. L'opération fut résolue sans délai et sans essayer même le taxis, qui offre dans ces cas plus de dangers que partout ailleurs.

La tumeur mise à nu par une incision cruciale, la dissection des lambeaux fut assez difficile à raison des adhérences qui unissaient le sac aux tégumens. Le sac fut ensuite ouvert à la partie la plus déclive et laissa écouler quelques onces de sérosité. Il était très-mince; mais il fut impossible de l'ouvrir dans toute son étendue, à cause des adhérences tant anciennes que récentes qu'il avait contractées avec l'épiploon. L'opérateur se décida à réséquer une bonne partie de cet épiploon, chargé de graisse à l'état normal ou indurée. Il le releva donc d'abord, aperçut derrière lui une anse intestinale longue d'un quart de pouce, d'une couleur rouge obscure, ou, comme on dit, sugillée, conservant toutefois une telle fermeté de tissu qu'on écarta l'idée de gangrène; elle était serrée par le collet du sac tellement que le doigt ne put pénétrer entre elle et ce collet, et qu'il fut besoin de se servir d'une sonde cannelée pour débrider ce collet en haut et à gauche dans l'étendue de quatre lignes. On s'assura avec soin qu'il n'y avait pas d'adhérences suspectes ou d'étranglement interne causés par un autre collet ou par l'épiploon; après quoi on réduisit l'anse intestinale. Puis on réséqua toute la partie indurée de l'épiploon qui adhérait au sac avec le sac lui-même; la masse enlevée ainsi pesait 9 onces. On lia avec des fils de soie six artères assez volumineuses, et on en tordit quatre autres plus petites. Les ligatures coupées près des nœuds, le tout fut réduit dans l'abdomen, les lambeaux de peau réséqués à la longueur convenable, et à défaut de bandelettes agglutinatives, on pansa avec la charpie et un appareil ordinaire.

L'opération avait fait perdre un peu plus d'une livre de sang. Immédiatement après, la malade rendit une grande quantité de matières liquides et solides, ce qui fut suivi d'un grand soulagement. Le soir, un peu de fièvre et de douleur au ventre persistant, une saignée d'une livre fut pratiquée. La nuit fut bonne. Le lendemain, une once et demie d'huile de ricin fit évacuer des matières très-fétides. Le troisième jour, la douleur persiste; 24 sangsues sur l'abdomen. A dater de ce jour, les choses allèrent de mieux en mieux; la plaie extérieure se réunit en partie. Toutefois un petit abcès qui se forma sous un des lambeaux, et qu'il fallut ouvrir, retarda la cicatrisation complète jusqu'au trente-cinquième jour. Une ceinture ventrale soutient la hernie et prévient tout danger de récidive.

L'auteur expose ensuite les motifs qui l'ont dirigé dans chacun des temps de l'opération. Le volume de la tumeur exigeait l'incision cruciale; le poids et l'induration de l'épiploon demandaient l'excision. Celle-ci faite, quelques auteurs ont recommandé de maintenir la surface divisée à l'anneau herniaire, afin d'y former par adhérence un bouchon qui prévienne le retour de la hernie. Le professeur Pacini répond qu'il a craint de former dans la cavité péritonéale une cloison qui exposât l'intestin à des étranglemens internes. Nous avouons que nous concevons mal cette crainte, eu égard surtout à la disposition des parties dans cette région. D'ailleurs, c'est en vain qu'en réduisant l'épiploon, on se flatterait d'éviter les adhérences avec la portion saignante des lambeaux qui recouvrent la plaie. On pourrait demander aussi pourquoi, employant la torsion pour quatre vaisseaux, il a préféré la ligature pour les six autres. A la vérité il espérait que ses ligatures seraient absorbées, et l'essai lui a réussi; mais on sait combien alors on court de chances contraires, tandis que la torsion n'en offre aucune.

Nous ne terminerons pas sans fixer l'attention sur le diag-

nostic porté en cette occasion. Malgré toutes les apparences d'épiplocèle, la gravité des accidens a suffi seule pour juger la complication de l'entérocèle; cela est d'autant plus important à rappeler, que dans un concours récent, plusieurs de nos jeunes chirurgiens les plus instruits semblaient convaincus que l'épiplocèle étranglé donne les mêmes symptômes que toute autre hernie, et citaient même en leur faveur Boyer, qui dit précisément le contraire.

Observation pathologique démontrant l'influence du pneumogastrique sur les mouvemens du cœur, suivie de réflexions touchant les opinions de BELLINGERI sur ce nerf, et touchant l'usage du stéthoscope dans les cas analogues; par le docteur Ulysse BREVENTANI.

Dans son dernier ouvrage sur l'*antagonisme nerveux*, Bellingeri émet cette opinion que le pneumogastrique n'a d'influence que sur les mouvemens et non sur les sentimens, et il penche à croire que cette influence est limitée aux mouvemens de dilatation des parties auxquelles il se distribue. Il est difficile d'admettre que ce soit un nerf de pur mouvement, car nombre d'observateurs, et en particulier le docteur Luigi Benfenati, expérimentant sur des animaux, ont vu la lésion de ce nerf produire des signes non équivoques de douleur. Que ce soit un nerf dilatateur, c'est ce que les faits n'ont pas encore démontré; peut-être aussi n'a-t-on pas assez dirigé l'attention de ce côté. Mais l'observation suivante paraît ne laisser aucun doute sur la part que prend le pneumogastrique aux mouvemens du cœur.

Obs. — Maria Cocchi, âgée de 40 ans, s'était bien portée jusqu'à la fin de sa trentième année, lorsqu'à la suite d'une pneumonie elle fut frappée d'aménorrhée avec teinte chlorotique, mal à l'estomac et respiration difficile. L'usage des ferrugineux rappela les règles; mais il lui resta une couleur un peu altérée et une difficulté de respirer en montant les escaliers ou dans de légères fatigues. Ses habitudes étaient modérées; elle n'avait point de passions fortes. En octobre 1832, s'étant plus fatiguée et ayant pris un peu plus de vin que de coutume, elle fut durant plusieurs jours accablée d'une torpeur générale, jusqu'à ce qu'enfin elle perdit connaissance à l'improviste. Revenue à elle-même, la respiration resta plus difficile; le pouls, qu'elle avait habituellement lent, devint d'une lenteur extrême. Une saignée fut pratiquée. Néanmoins durant cinq jours les pertes de connaissance se renouvelèrent. Une nouvelle saignée et le sulfate de fer la soulagèrent un peu, mais sans ramener la liberté de la respiration. Vingt jours après, au contraire, la dyspnée augmenta; la malade fut prise d'une douleur à la pointe du cœur accompagnée de vomissemens, d'insomnie et de délire. On la saigna, on mit des sangsues, on frictionna avec la pommade d'Authenrieth sur l'épigastre, sans qu'il apparût un mouvement de fièvre. Enfin, après dix jours de ce traitement, elle entra à l'hôpital le 18 novembre.

C'était une femme d'une tête volumineuse, le cou court, le thorax ample et bien conformé, le ventre chargé d'embonpoint. Elle n'avait point mal à la tête; la respiration était difficile; la carotide droite battait un peu plus fort que l'autre; le pouls isochrone aux battemens du cœur, et si lent qu'on ne comptait que 28 pulsations par minute. L'épigastre souffrait à la pression; le ventre était libre. On crut d'abord à un vice organique du cœur; la limonade sulfurique fut essayée, mais elle déterminait des accès de toux, et l'on s'en tint à une diète rigoureuse, avec l'eau pannée pour boisson.

Au bout de trois jours, la dyspnée et les autres symptômes étaient augmentés; le pouls tombé à 25; les urines sédimenteuses. On fit une saignée de 8 onces qui donna un sang tout-à-fait naturel. Après quoi, le pouls revint à 28. On explora à l'aide du stéthoscope; la respiration s'entendait partout, mais elle était *puérile*; les bruits du cœur étaient réguliers, un peu plus forts et s'entendant dans une plus grande étendue que d'ordinaire; il y avait donc dilatation avec hypertrophie uniforme et non extraordinaire de ce viscère. Ce qu'il y avait de plus remarquable, c'est qu'après le battement des oreillettes et des ventricules, survint un temps de repos double de l'intervalle ordinaire.

A quelle cause attribuer ces phénomènes? Aucune altération organique n'en pouvant rendre compte, le docteur Breventani arriva par voie d'exclusion à cette conclusion: *qu'il s'agissait d'un obstacle à l'action des nerfs qui donnent le mouvement au cœur, et que, eu égard à la nature et à la marche des signes anamnestiques, l'obstacle était dû probablement à une compression permanente et croissante.* Ce diagnostic fut porté le quinzième jour de la maladie; la mort arriva vingt jours après. Outre les symptômes déjà indiqués, l'œdème s'empara des membres et gagna même le tronc. Divers moyens, et spécialement des vésicatoires, firent deux fois monter le pouls à 32 et même à 37 pulsations, après quoi il retombait à 25, toujours égal néanmoins dans son rhythme et dans sa force. Après une nuit d'insomnie et de délire, elle se sentit tout à coup dans une prostration extrême; elle appela au secours; la respiration devint stertoreuse, la face extrêmement rouge, comme si on l'avait étranglée, et immédiatement après elle expira.

Autopsie. Rien d'important dans le crâne, hors un peu d'injection de la dure-mère et une dégénération granuleuse très-circonscrite dans la portion syncipitale externe de cette membrane. Dans la poitrine, des adhérences pleurales de date récente. Les glandes bronchiques principales tuméfiées et pleines de concrétions calculeuses. Épanchement de sérosité jaune, transparente, dans les plèvres: il y en avait environ 3 onces dans le péricarde. Le tissu du cœur sain; ses cavités étaient d'un cinquième plus amples qu'à l'ordinaire; elles contenaient des grumeaux de sang avec quelques portions fibrineuses, mais toutes récentes; l'aorte n'offrait que quelques plaques stéatomateuses. L'abdomen n'offrit rien d'important à noter.

Mais lorsqu'on en vint à disséquer les nerfs pneumo-gastriques, en trouva un peu au-dessous du larynx un tissu cellulaire engorgé, mêlé à une foule de petits ganglions tuméfiés et dans lequel ces nerfs paraissaient intéressés. Celui du côté droit spécialement, bien développé, avant de passer derrière les bronches, adhérait à l'un des ganglions qu'on trouve communément en ce point, et d'une manière assez forte pour lui donner un aspect *tiraillé* et aplati, et il avait contracté encore d'autres adhérences plus fortes avec les ganglions qui avoisinent la division principale des bronches et qui, comme nous l'avons dit, étaient remplis de concrétions calculeuses.

La pièce pathologique a été préparée et conservée par le professeur Mondini.

La conséquence naturelle de ce fait n'est elle pas que ces adhérences morbides ont mis obstacle à l'action nerveuse du pneumo-gastrique sur le cœur, et qu'ainsi s'explique le ralentissement si remarquable de la circulation? Cette idée n'est pas nouvelle d'ailleurs en pathologie; elle s'était offerte à Morgagni. Dans sa 64e lettre, n. 6, en parlant d'un marchand de 64 ans, de tempérament nerveux, chez qui le pouls était tellement ralenti, que le nombre des pulsations était tombé d'un tiers au-dessous de l'état naturel, et chez qui on trouva à l'autopsie une dilatation de l'aorte, des ventricules, etc., il déclare que ces lésions ne sauraient rendre compte du ralentissement du pouls; et il ajoute : *hoc autem quod debet accedere, nisi certum quoddam spirituum et nervorum vitium sit, perdifficile est conjicere*. Et ailleurs, lettre 24, n. 33, en parlant de la lenteur du pouls, il rattache directement aux nerfs plusieurs altérations du pouls, et surtout les plus difficiles à expliquer.

L'auteur termine par quelques considérations sur l'utilité de l'auscultation pour le diagnostic; on peut les passer sans inconvénient.

Histoire d'une tumeur fongueuse de la dure-mère, opérée avec succès; par le docteur NICOLA ORIOLI.

Les cas de guérison du fongus de la dure-mère sont fort rares, si même il en existe dans la science. Rarement aussi les hommes de l'art ont essayé d'y porter remède, soit qu'ils eussent été appelés trop tard, soit qu'ils désespérassent de leurs ressources. On connaît un cas d'opération cité par Boyer, et un second que nous avons rapporté dans ce journal, et qui appartient à M. Bérard jeune; tous deux ont été suivis de mort. En voici un troisième plus heureux, et qu'on lira par conséquent avec intérêt : il est vrai que la nature semble être venue au secours de l'art, et peut-être serait-on en droit de demander si, sans la gangrène survenue, l'opération aurait bien accompli son but et guéri la tumeur sans récidive; peut-être aussi trop peu de temps s'est-il passé depuis la guérison pour qu'elle paraisse définitive. Quoi qu'il en soit, le fait en lui-même est d'une haute importance, et mérite d'être rapporté avec détail.

Obs. — Fortunata signorini, âgée de 22 ans, tempérament robuste, née de parens sains, avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 17 ans. A cette époque, l'obligation où elle était de rester sur la place publique pour vendre sa marchandise, exposée aux rayons d'un soleil brûlant, commença à déterminer des maux de tête qui s'accrurent jusqu'à l'âge de 20 ans et envahirent presque toute la tête. A 21 ans, elle épousa un ouvrier en cuivre travaillant chez lui, et le bruit des marteaux rendit bientôt la céphalalgie intolérable. L'œil droit se trouva en peu de temps frappé d'amaurose, et très-peu après elle perdit l'usage de l'œil gauche.

Après huit mois passés dans cet état, elle consulta enfin le docteur Orioli, qui lui trouva l'aspect florissant, le coloris bon, le pouls naturel, les pupilles dilatées, la droite montrant encore quelque contractilité au *contact*, mais non à la lumière; la gauche n'en offrant plus aucune trace. Toute la tête était douloureuse, moins cependant qu'avant la cécité. Depuis trois mois était survenu un très-fort battement dans les oreilles. Enfin, elle accusait un certain battement extraordinaire au-dessus de l'oreille droite, où l'on voyait une petite tumeur qui s'y était formée depuis sept à huit mois, en même temps que la vue s'était perdue, et qui peu à peu s'était accrue jusqu'au volume d'une noix. Après quelques jours d'attente, la tumeur était dans le même état, battant constamment dans toute sa circonférence, mais disparaissant et perdant ses battemens sous la pression. Il semblait sentir à sa base comme de la fibrine coagulée. L'artère temporale, assez volumineuse, se rendait à cette tumeur, et la compression de cette artère en fit cesser les battemens en grande partie; les manœuvres n'incommodaient point la malade. On ne sentait au toucher ni aucun bord osseux, ni aucune crépitation.

Le chirurgien soupçonna d'abord un anévrisme de l'artère temporale avec un sac alimenté par d'autres petites artères. Dans les trois semaines qui suivirent, la tumeur s'accrut des deux tiers; le mal de tête augmenta, ainsi que le tintement d'oreilles. Une opération fut jugée nécessaire; mais la chose n'étant pas claire, le docteur Orioli désira être assisté de quelques collègues, qui portèrent le même diagnostic que lui.

Je me mis donc à l'œuvre, dit l'auteur, et faisant comprimer l'artère temporale par un aide, je découvris la tumeur au moyen d'une incision en T. La peau disséquée, je rencontrai le muscle temporal qu'il fallut diviser aussi; la tumeur étant encore plus profondément située, je déclarai qu'il ne s'agissait plus d'un anévrisme, ou du moins d'un anévrisme de la temporale, et que l'os était probablement altéré. La malade était pleine de courage. Je divisai le péricrâne, et alors seulement je sentis et fis sentir autour de la tumeur un bord dur et irrégulier. Le souvenir d'un fongus de la dure-mère, qui m'était passé sous les yeux dans ma pratique, m'enhardit à diviser le péricrâne tout à l'entour, et je trouvai ainsi l'os carié dans la circonférence d'un demi-écu. J'espérais trouver la tumeur pédiculée, ce qui aurait rendu l'extirpation plus facile; je la trouvai, au contraire, reposant sur une très-large base. Je l'isolai néanmoins, et j'emportai d'une tumeur fibro-charnue autant que je pus en largeur et en profondeur. La malade, malgré tout son courage, perdit connaissance. Je la fis revenir, et je poursuivis jusqu'à la fin mon opération. Deux artères furent tordues, et le pansement fait selon l'art.

Je levai l'appareil le quatrième jour, et fort surpris de voir toute la cavité de la plaie gangrénée, je crus ma malade perdue. Il n'en fut point ainsi. Matin et soir l'appareil étant renouvelé, les escarres se séparèrent peu à peu; il tomba même quelques petits lambeaux mortifiés de la dure-mère, ce qui mit hors de doute qu'elle était intéressée dans la tumeur. D'ailleurs, le fond de la plaie battait selon le rhythme des artères et le mouvement cérébral. La cavité se détergea ensuite; mais il sembla s'élever d'un de ses côtés une tumeur de même nature que la première. J'essayai la compression à l'aide de tampons de charpie molle, et le succès parut couronner cette tentative. En cinquante jours, la guérison s'accomplit; une parfaite cicatrice recouvrit l'incision, et aujourd'hui, trois mois après la guérison, on sent sous la cicatrice la cavité osseuse ayant la circonférence déjà indiquée, et

offrant des pulsations légères isochrones à celles du cerveau. La douleur avait diminué en grande partie immédiatement après l'opération. Le tintement des oreilles a cessé ; le sommeil est revenu ; mais la vue, comme je l'avais prévu, est restée perdue et probablement pour jamais.

L'auteur remarque en terminant que cette grave opération n'a entraîné presque aucun symptôme général, si ce n'est au commencement un peu de fièvre pour laquelle on prescrivit deux saignées et un purgatif drastique. Hors de là le traitement fut tout local. La femme est aujourd'hui enceinte, et sa grossesse marche avec régularité.

Analyse de calculs pulmonaires, suivie de réflexions et d'observations sur l'origine des calculs en général ; mémoire lu à l'Académie des sciences de Bologne, par le professeur G. Sgarzi.

Ce travail intéressant ayant été jugé digne de paraître en entier dans les mémoires de l'Académie, nous pensons devoir donner une idée des principales conclusions de l'auteur.

Quatre calculs pulmonaires du poids de trois grammes ayant été remis au professeur Sgarzi par son collègue le professeur Mondini, ils furent soumis à une rigoureuse analyse qui donna les résultats suivans :

Phosphate de chaux,		1,56
Carbonate de chaux,		0,39
— de magnésie,		0,06
Matière animale, 0,84 ; composée de	Matière grasse *sui generis*, soluble dans l'éther, insoluble dans l'alcool,	0,06
	Cholestérine,	0,66
	Mucus,	0,09
	Substance jaune-brune non caractérisée, analog. au mucus ou à l'alb. altérée,	0,03
Oxide de fer,		0,09
Silice,		0,03
Perte,		0,03
		3,00

En réfléchissant sur ces résultats, dit l'auteur, on voit que la majeure partie des principes qui composent les concrétions calculeuses en général se retrouvent dans les calculs pulmonaires ; mais il reste de plus trois élémens moins communs, savoir : la cholestérine, la matière grasse *sui generis* et la substance jaune-brune.

La cholestérine, qu'on croyait d'abord exclusivement propre aux calculs biliaires, et qu'on regardait comme un produit de la bile altérée, a été trouvée depuis dans la bile à l'état normal par Chevreul ; par Lassaigne dans une concrétion du cerveau et dans une matière squirrheuse du mésentère ; et enfin la voici rencontrée pour la première fois dans les calculs pulmonaires. Comment expliquer sa formation ? Le professeur Sgarzi incline à la regarder comme une modification de la starrine ; la matière grasse *sui generis* serait une modification de l'oléine ; et la substance jaune-brune du mucus ou de l'albumine altérée.

L'auteur recherchant ensuite la cause de la formation des calculs en général, conclut qu'il ne suffit pas pour en expliquer l'origine d'admettre une précipitation des sels et des matières insolubles, ou l'augmentation de leur sécrétions, ni la sécrétion et l'augmentation d'un produit particulier ; puisqu'il resterait à demander pourquoi ces phénomènes n'ont lieu qu'en un point donné de l'économie, et encore dans un certain moment. Il rejette donc l'opinion de Broussais, qui admet une dégénération des humeurs communes en contact, à raison de leurs diverses affinités chimiques ; car pourquoi ces humeurs sont-elles réunies en un point plutôt qu'en un autre ? De même, admettre avec Moscati la modification extraordinaire d'organes sécrétoires ; avec Penada, une modification du sang, c'est se payer de vaines paroles. Dans tous les cas de formations calculeuses, dit le professeur, il faut admettre « qu'il « y a eu préalablement un travail qui a altéré la texture « organique de la fibre ; puis un travail inflammatoire limité « à un degré capable de produire cette espèce d'altération « qui, moyennant divers contacts de la fibre avec le sang, « amène la variété des réactions chimiques, des séparations, « des dépôts qui constituent les calculs. »

Cette explication rend-elle réellement bien compte du phénomène qu'elle a la prétention d'éclaircir ? nous craignons fort qu'elle ne soit regardée ainsi que celles qui l'ont précédée, comme une pure hypothèse ; et que le mécanisme de la formation des calculs ne soit long-temps encore un objet d'investigation.

III. OSSERVATORE MEDICO.

L'*Observateur médical* de Naples est riche cette fois en observations intéressantes ; nous en extrairons d'abord l'article suivant, nous réservant dans une prochaine revue de lui faire de nouveaux emprunts.

Sur une nouvelle méthode pour extraire par le périnée les calculs volumineux de la vessie ; mémoire lu à l'Académie médico-chirurgicale de Naples, le 26 avril 1834 ; par le docteur MARIANO PANTALEO, de Nicosie en Sicile.

L'auteur établit d'abord comme fait que la taille latérale au col de la vessie est celle qui a toujours réuni le plus grand nombre de praticiens ; et, comme principe, qu'elle offre des avantages supérieurs à toutes les autres, ce qui est plus contestable. La seule objection qu'on lui fasse à bon droit, selon l'auteur, est qu'elle ne saurait donner passage à des calculs volumineux ; et c'est cet inconvénient qu'il a cherché à faire disparaître. Il y parvient par une double incision de la prostate, mais dirigée dans un sens différent de celle qu'ont proposée M. Dupuytren et M. Sonn. Ainsi, la moitié gauche de cette incision regardant obliquement l'ischion comme dans la taille latérale simple, l'autre moitié sera tournée obliquement en haut et à droite, en sorte que l'incision divisera la prostate sur un seul diamètre, oblique de droite à gauche et de haut en bas.

Selon le docteur Pantaleo, la partie supérieure de la prostate opposant une forte résistance à la dilatation du col vésical quand on n'a fait qu'une incision en bas, il est rationnel de détruire cet obstacle. C'est ce qu'ont fait les opérateurs

les plus heureux, quand l'extraction offrait des difficultés. C'est par là, selon lui, que M. Martineau est parvenu à ne perdre que 2 sujets sur 84 opérés. Mais attendre les difficultés pour faire la seconde incision, c'est compliquer l'opération et la rendre plus difficile; et enfin, quand même le calcul serait léger, la double incision ne présente encore que des avantages et aucun inconvénient.

Ces raisonnemens ont déjà été mis en avant par tous les partisans de la taille bilatérale; mais voici ce que M. Pantaleo reproche aux procédés ordinaires. Dans l'incision de M. Dupuytren, on est exposé à blesser le bulbe de l'urètre, si développé chez les vieillards et chez presque tous les adultes calculeux; ou si, pour l'éviter, on rapproche l'incision de l'anus, on risque de trouer le rectum. Avec l'incision de Béclard, on peut plus facilement ménager le bulbe, mais le rectum court autant et plus de danger; et le défaut de parallélisme de la plaie extérieure avec les incisions internes, expose à une infiltration urinaire à droite et à gauche. Enfin les deux incisions de M. Dupuytren se réunissant à angle, laissent intacte toute la moitié supérieure de la prostate, qui fait encore obstacle à la dilatation. Certes on pourrait répondre à plusieurs de ces objections; mais il est juste de dire qu'elles ont toutefois un côté très-spécieux, et que le nouveau procédé semble remédier assez bien aux inconvéniens qu'elles signalent.

L'instrument dont l'auteur se sert est un double lithotôme caché, dont les lames s'écartent en sens opposé et dans une étendue graduée comme à l'ordinaire. Il fait au périnée une incision externe suffisamment étendue, et dans la même direction oblique que pour la taille latérale ordinaire; il incise l'urètre dans la portion membraneuse et dans l'étendue de trois à quatre lignes; dirige son lithotome dans la vessie, le long de la cannelure du cathéter; reconnait le calcul; estime, d'après son volume présumé, l'écartement qu'il convient de donner aux lames; et, plaçant le lithotome dans la direction de l'incision extérieure, presse sur les bascules et retire l'instrument, les lames ouvertes, avec les précautions usitées. Il en résulte une incision inférieure à gauche et une supérieure à droite; et si la première incision a une profondeur de six lignes, la seconde aura divisé nettement la partie supérieure de la prostate. Mais cette plaie supérieure tendra à se réunir d'elle-même et par première intention, à raison de la facilité que la plaie inférieure, plus large et plus déclive, offre à l'écoulement de l'urine. C'est là, selon l'auteur, l'incision la plus étendue et la plus favorablement disposée qu'on puisse obtenir au périnée. La plaie de la prostate est de la plus grande régularité, parallèle à celle des tégumens, n'ayant besoin que d'une simple dilatation pour permettre l'extraction de la pierre.

Aucun de ces avantages ne peut être nié; mais dans le cas où l'incision supérieure aura dépassé les limites de la prostate, est il bien sûr que nulle infiltration ne pourra se faire par cette voie? C'est à l'expérience seule à répondre; il ne parait pas que le nouveau procédé ait déjà été essayé sur le vivant.

— Les deux autres journaux mensuels de Naples, *Il Severino* et *Il Philiatre Sebezio* contiennent des observations fort intéressantes; nous y reviendrons dans la prochaine revue.

CONCOURS

Pour une chaire de clinique externe.

La première épreuve du concours est terminée. M. Laugier s'étant retiré, le nombre des concurrens était réduit à sept. Ils ont passé dans l'ordre suivant: MM. Bérard, Velpeau, Sanson, Lepelletier, Lisfranc, Guerbois et Blandin. Nous suivrons dans cette revue de leurs leçons l'ordre dans lequel elles ont été faites.

Disons avant tout un mot sur l'effet général de cette première épreuve. Par le choix des malades échus à M. Bérard, nous avions préjugé les autres choix, et nous avions cru qu'ainsi le jury donnerait des sujets de leçon précis, déterminés, propres à mettre dans tout leur jour la science acquise des candidats, ou les résultats nouveaux dus à leur expérience. Il n'en a point été ainsi. Après la première leçon, il semble que le jury ait eu surtout en vue d'éprouver la sagacité des concurrens à reconnaître une affection de nature douteuse, et nous les verrons à peu près tous se débattre contre les difficultés d'un diagnostic obscur et incertain. L'art du diagnostic est sans doute une attribution essentielle d'un professeur de clinique, et sous ce point de vue l'épreuve a une valeur réelle; mais on pouvait prévoir aussi que les leçons, pour n'être pas moins solides, perdraient beaucoup de leur éclat; et en effet, l'impression générale qui nous a paru rester à l'auditoire, c'est qu'aucun des orateurs ne s'est montré aussi brillant qu'on avait droit de l'attendre.

MARDI 17 JUIN.—*M. Bérard jeune.*

Le premier malade de M. Bérard porte au dos une large cicatrice irrégulière, suite d'une brûlure portée au moins au troisième degré. Cette cicatrice n'offre pas de brides, ce qui fournit à l'orateur l'occasion de poser ce principe général que les cicatrices qui se forment du côté de l'extension ne sont point sujettes à se couvrir de brides et à produire des rétractions comme celles qui ont lieu dans le sens de la flexion. Peut être ce principe est-il un peu exagéré, témoins les cicatrices qui renversent quelquefois les doigts sur le dos de l'avant-bras; du moins cette exception eût-elle mérité une explication.

Mais la lésion principale que porte ce malade est une luxation de l'humérus dans l'aisselle, suite d'une chute assez élevée, le blessé étant monté au sixième échelon d'une échelle de maçon. M. Bérard énumère les signes de cette affection, mentionne la longueur plus grande du bras, la plus grande hauteur de la paroi axillaire antérieure, la saillie de la tête sous le grand pectoral. Il oublie de rechercher sur quel point la chute a porté. Dans l'étude des mouvemens du bras, il oublie ceux de rotation, et enfin il mesure le bras de l'acromion à l'olécrâne, mauvais procédé et qui expose à de notables erreurs.

M. Bérard recherche ensuite la nature de cette lésion. Il indique les signes qui la distinguent de la fracture du col de l'omoplate; il oublie la fracture partielle de la cavité glénoïde, affection assez rare, à la vérité; mais surtout la fracture de l'acromion ou la luxation de la clavicule, comme on voudra

expliquer la fameuse observation de Galien. Conclusion : c'est une luxation en bas et en avant.

Quel est le mécanisme de cette luxation ? Tantôt la capsule étant relâchée par quelque maladie, il suffit de l'action du deltoïde et du sus-épineux pour chasser la tête de sa cavité. Le plus souvent, le bras étant écarté du tronc, la luxation est produite dans une chute par une contraction convulsive des muscles adducteurs. C'est la vieille théorie de Fabre, copiée par Boyer, laquelle tombe devant le simple aspect anatomique de l'articulation et de ses muscles, et que M. Malgaigne n'a pas eu de peine à réfuter. M. Bérard pense que dans ce cas le triceps ne s'oppose nullement à la luxation, ce que nous regardons comme une erreur anatomique ; il omet d'ailleurs les luxations qui se produisent par une chute sur le moignon de l'épaule, le bras étant rapproché du tronc ; il ne faut pas oublier que sir A. Cooper regarde cette cause comme fort commune.

Dans le cas qui nous occupe, la tête se sent dans l'aisselle ; la capsule est déchirée. y a-t-il luxation incomplète ? M Bérard commence par nier l'existence de celle que sir A. Cooper décrit sous ce nom; il affirme cependant qu'il existe des luxations incomplètes, et que les observateurs modernes en ont cité d'assez nombreux exemples ; mais ici la luxation est complète, et la tête repose sur le col de l'omoplate. Tout ceci est fort contestable. Nous ne connaissons pas un seul exemple de luxation incomplète de l'humérus, si l'on met hors de cause la luxation d'A. Cooper et la luxation dans l'aisselle, qui est celle que porte le malade. Dans celle-ci la tête n'est point sur le col de l'omoplate, il a été démontré qu'elle reposait, par son col anatomique, sur le rebord de la cavité glénoïde, et sous l'apophyse coracoïde, d'où lui est venu même le nom récemment proposé de *luxation sous-coracoïdienne.*

M. Bérard énumère les complications qui surviennent quelquefois, décrit les changemens que le temps fait éprouver à une luxation non réduite ; il pense que la luxation peut se transformer en *luxation en avant*, ce qui est infiniment douteux, et que dans certains cas il se fait une ankylose complète, phénomène dont nous ne croyons pas qu'il existe un seul exemple.

Jusqu'à quelle époque peut-on réduire les luxations humérales ? le plus souvent après trois ou quatre semaines la réduction est impossible, selon M. Bérard. Il fallait ici distinguer les luxations ; car s'il en est qui soient irréductibles après un mois, M. Bérard n'ignore pas que M. Dupuytren en a réduit après 98 jours, M. Lisfranc après 5 mois, Flajani après 7 mois, M. Sédillot après une année presque révolue.

Enfin vient la grande question du traitement. M. Bérard ne dit qu'un mot de la porte, de l'échelle, de l'ambi, du talan, qu'il confond dans le même anathème. Il traite fort au long des préparations à faire subir au malade. Il a employé l'émétique avec avantage pour relâcher les muscles, mais il note qu'il faut s'arrêter aux nausées, et ne pas aller jusqu'aux vomissemens, qui font entrer en convulsion tout le système musculaire. Peut-être M. Bérard n'a-t-il pas assez distingué les cas où les préparations sont nécessaires, de ceux où elles ne le sont pas.

Pour la contr'extension, il adopte complétement les vues de M. Boyer, et néglige de parler de l'anneau fixe de M. Dupuytren. Pour l'extension, il discute avec soin le lieu où il faut la placer, et préfère avec les Anglais l'exercer sur le bras, au-dessus du coude. Mais quant au sens dans lequel l'extension doit se faire, M. Bérard rejette la méthode de Boyer, et adopte pleinement celle de M. Malgaigne, qu'il a fort bien décrite. Il a essayé six fois cette méthode à l'hôpital Saint-Antoine, et il a toujours réussi avec une facilité admirable, et *telle qu'on ne peut se la figurer quand on n'en a pas été témoin.* Il en a retiré surtout un succès très-remarquable dans un cas où la méthode de Boyer, secondée par une saignée et un bain très-chaud, avait deux fois échoué (1).

Enfin il traite la question des soins consécutifs, des accidens qui peuvent suivre l'opération, et termine là ce qui regarde son premier malade.

Le second porte une ouverture à la joue, suite d'une gangrène scorbutique qui l'a frappé à l'âge de dix ans ; et de là, entre la joue et la bouche, une communication qui peut admettre le petit doigt. Les mâchoires sont fortement rapprochées, et il est difficile d'écarter de plus de deux à trois lignes les dents correspondantes. L'os maxillaire supérieur de ce côté a pris moins de développement que l'autre, le muscle masséter est aussi atrophié. Il ne paraît pas que le conduit de Sténon ait été intéressé et oblitéré par la maladie. Dans l'oblitération de ce conduit, il se produit, quand le malade mange, une exsudation de liquide abondante à la surface de la joue. M. Bérard cite une personne de sa famille qui, après une parotide critique, a présenté ce phénomène.

Il y a ici deux indications : boucher la fistule, et rendre aux os maxillaires leur mobilité. Pour remplir la première, M. Bérard indique la dissection des deux bords de l'ouverture, l'application d'un lambeau par la méthode indienne, et enfin le procédé de Chopart, qu'il attribue à tort à M. Roux de St-Maximin, et qui consiste à faire descendre vers le cou deux incisions parallèles, et à disséquer et à attirer en haut le lambeau compris entre ces incisions. Il se déclare pour ce dernier procédé.

La seconde indication sera remplie en plaçant entre les dents deux tiges métalliques parallèles, qu'on écarte par une vis de rappel. Cet appareil est déjà mis en usage depuis deux jours ; mais on l'avait adapté du côté sain. M. Bérard démontre qu'il est plus rationnel de l'appliquer du côté malade. Ici l'heure a surpris le candidat, qui n'a pas eu le temps d'indiquer la nature de la cause qui tient ainsi rapprochées les mâchoires, et les procédés opératoires de MM. Valentine Mott et Mighels pour y remédier, procédés qui promettent bien plus de succès que l'appareil assez ingénieux, mais trop peu puissant auquel on a recours pour ce malade.

Cette leçon a été dite avec facilité, avec clarté, et même avec quelque élégance. On a reproché à M. Bérard d'avoir décrit les luxations à propos de son premier malade, plutôt que la luxation propre de ce malade. Le reproche est juste peut-être, mais peut-être aussi la nature des maladies

---

(1) Le lendemain même de cette leçon, M. Bérard a eu à réduire en ville une luxation de l'humérus par la même méthode ; nous donnerons cette observation intéressante dans notre prochain numéro.

défendait de faire autrement. Elle a été accueillie par des applaudissemens qu'un coup de sifflet, fort injuste à notre avis, a rendu unanimes.

MERCREDI 18 JUIN. — *M. Velpeau.*

La leçon de M. Velpeau a commencé d'une manière plus dramatique. A peine M. J. Cloquet, président, l'avait-il invité à prendre la parole que des applaudissemens ont éclaté de toutes parts. Le candidat était vivement ému : « Messieurs, a-t-il dit, l'accueil que je reçois de vous me flatte et m'afflige à la fois. Il me flatte, parce qu'il est le gage d'une affection qui m'est chère et qui m'honore, il m'afflige, parce qu'il me montre que vous attendez de moi beaucoup plus sans doute que je ne pourrai tenir. Cependant je ferai ce qui dépendra de moi pour justifier cette faveur. » Puis la leçon a commencé.

Le premier malade de M. Velpeau porte dans le creux sus-claviculaire une tumeur dont l'origine remonte à cinq années, grosse d'abord comme une noisette ; et qui, depuis 5 à 6 mois s'est accrue jusqu'au volume du poing. Immobile d'ailleurs, dure, bosselée, ramollie en quelques points, elle semble adhérer à la clavicule et à la colonne cervicale, et se prolonger dans l'intérieur de la poitrine. La peau qui la recouvre est saine, violacée en quelques points, et semée de veines volumineuses. Il n'existe aucune lésion viscérale. Le malade est jeune, grêle de taille, il exerce l'état de tailleur. Il a senti de temps à autre des élancemens dans la tumeur; et des douleurs à l'épaule voisine, qui se sont répandues dans le bras du même côté et ensuite partout le corps.

C'est là, dit M. Velpeau, un des cas les plus embarrassans quant au diagnostic ; aussi tout en donnant mon opinion, je ne l'avancerai point comme certaine ; il est impossible de dire certainement de quelle nature est cette tumeur. Le creux sus-claviculaire ressemble sous ce rapport au pli de l'aîne, en ce que les tumeurs les plus variables peuvent s'y développer.

Cependant l'orateur passe en revue ces tumeurs diverses, les anévrismes, les exostoses, le goître, les abcès, les kystes, les tumeurs lymphatiques ; et après avoir exposé d'une manière claire et méthodique les signes qui les distinguent et qu'on ne rencontre pas dans la tumeur, il conclut pour un engorgement des ganglions lymphatiques sus claviculaires ; explique les douleurs survenues par la compression ou l'irritation des nerfs ; exclut l'idée d'une dégénérescence cancéreuse, malgré les élancemens, par la raison que la marche de la tumeur n'indique pas le cancer, que cette maladie est rarement primitive dans les ganglions, et qu'il n'en existe aucune trace ni dans d'autres régions, ni dans la constitution du malade.

Tel est le diagnostic, non pas certain, mais du moins probable. Du reste, une erreur n'influerait en rien ni sur le pronostic, ni sur le traitement.

M. Velpeau regarde le danger comme très-grand. La tumeur s'accroîtra probablement encore, refoulera les poumons, comprimera les nerfs, entraînera même peut-être par compression l'absorption du corps des vertèbres voisines ; la mort est inévitable. Il ne reste au malade qu'une chance très-faible ; c'est une résolution au moins partielle de la tumeur ; alors le malade pourrait la porter durant longues années ; mais M. Velpeau ne l'espère pas.

Le traitement a été jusqu'ici sagement dirigé ; après des émissions sanguines locales, on a essayé des pommades résolutives, probablement avec l'iode ; on ne peut mieux faire que de continuer.

Le second malade, homme de 35 à 40 ans, porte une orchite datant de six jours, qu'il attribue à un mouvement brusque qu'il a fait en manœuvrant une machine. M. Velpeau en expose les symptômes avec le plus grand soin ; puis il se demande si la cause alléguée peut-être admise, et il répond affirmativement. Certains efforts peuvent très-bien occasioner des tiraillemens du cordon spermatique ; *et les orchites par suite d'efforts se voient souvent dans les hôpitaux.* D'ailleurs on ne saurait accuser une autre cause plus fréquente encore, la blennorrhagie ; le malade n'en a jamais eu, et n'en porte aucun indice.

On sent un peu de fluctuation à la partie antérieure de la tumeur. L'auteur appelle l'attention sur ce phénomène. La plupart des auteurs avaient noté que dans l'orchite et surtout dans l'orchite blennorrhagique, un léger épanchement de sérosité occupe la tunique vaginale. H. Rochoux est parti de là pour affirmer que les prétendues orchites n'étaient que des hydrocèles aïgus ; et depuis M. Mare, Morcau et d'autres ont réclamé la priorité de cette idée. Avant d'établir ce débat, il eût fallu peut-être vérifier la chose. Or, c'est ce qu'on n'a pas fait d'une manière exacte.

On a bien dit : Il est impossible que le testicule et l'épididyme, enveloppés d'une si épaisse tunique, triplent et quadruplent leur volume en quelques jours. Mais on ne saurait nier ce développement énorme pour l'épididyme, pour lequel il est plus difficile à concevoir que pour le testicule. M. Gaussail a vu d'ailleurs à l'autopsie le testicule considérablement accru, et moi-même, dit l'orateur, je me suis assuré dans un cas qu'il avait quadruplé de volume.

On allègue ensuite que l'épanchement est le premier et le plus constant des phénomènes de cette affection. Cela n'est pas plus exact. Si vous suivez la marche de la maladie, vous verrez le gonflement débuter par l'épididyme ou le testicule ; l'épanchement n'apparaît que plus tard ; il manque même complétement chez quelques sujets. Depuis que cette question a été soulevée, dit M. Velpeau, j'ai observé avec soin toutes les orchites aiguës qui ont passé sous mes yeux, soit à l'hôpital, soit en ville, et sur une cinquantaine de malades, j'en ai au plus trouvé douze chez qui la tumeur pût être attribuée plutôt à l'épanchement qu'au gonflement du testicule ; chez la plupart, ce dernier phénomène prédominait : chez plusieurs enfin, je n'ai rencontré aucune trace de liquide. Ajoutez que dans beaucoup de cas l'infiltration du tissu cellulaire masque l'épanchement, tant celui-ci est peu de chose ; et qu'est-ce après tout que cet épanchement, sinon un phénomène commun à toutes les séreuses qui avoisinent un organe enflammé ?

Le pronostic ici n'a rien de fâcheux. L'orchite se résout en général très-bien ; la terminaison la plus commune est l'induration de l'épididyme, qui n'apporte aucun inconvénient ; la suppuration est rare ; l'hydrocèle se résorbe d'elle-même. Les dégénérescences sont rares et exigent une prédisposition spéciale. La maladie durera plus toutefois que si elle tenait à

une cause blennorrhagique. *Dans ce cas, elle se terminerait en dix ou quinze jours, tandis que l'orchite simple ou traumatique dure le double en général*, Nous ne savons jusqu'à quel point l'expérience a sanctionné cette assertion hardie.

Le traitement doit être antiphlogistique. On a tiré du sang par la lancette et les sangsues ; déjà M. Sabatier a reconnu que la saignée est plus efficace que les sangsues pour calmer les douleurs de l'orchite ; M. Velpeau est complétement de cet avis. Quant aux sangsues, les uns les mettent sur le scrotum même, les autres sur le trajet du cordon ; ce qui parait très-rationnel dans l'orchite blennorrhagique. Des expériences comparatives ont démontré à M. Velpeau qu'elles agissent aussi bien, ou plutôt qu'elles n'agissent pas mieux dans un point que dans l'autre ; et si on les a crues si efficaces c'est parce qu'on les a employées contre l'orchite blennorrhagique, *qui guérit en* 10 *ou* 15 *jours, quoi qu'on fasse, et quand même on voudrait l'empêcher.* Il rejette donc les sangsues. Mais un moyen qu'il préconise par-dessus tout, ce sont les purgatifs quand les saignées générales ont calmé la douleur et enlevé l'acuité de la maladie. L'huile de ricin est le moyen qu'il préfère ; il a obtenu d'excellens résultats.

Ici donc, les saignées ayant été faites, il prescrirait : des cataplasmes émolliens, arrosés de laudanum s'il fallait calmer les douleurs, et soutenus par le triangle de Mayor bien préférable au suspensoir qui comprime le scrotum en arrière ; des bains entiers ; et dans deux ou trois jours d'ici un purgatif.

Si la résolution est lente à se faire, on passera aux résolutifs. Telles sont les sangsues en petit nombre, appliquées sur la tumeur ; le régime, le repos, les révulsifs à l'intérieur, les frictions avec les pommades de mercure et d'iode. Enfin, un excellent résolutif que M. Velpeau a employé dans douze cas à la Pitié avec un plein succès, c'est l'application d'un vésicatoire sur le scrotum.

Cette leçon, dite avec art, a été aussi brillante que le sujet pouvait le permettre; et de toute cette épreuve, c'est celle qui nous parait la plus irréprochable : elle a valu à M. Velpeau ; d'unanimes aplaudissemens.

VENDREDI 20 JUIN. — *M Sanson.*

M. Sanson, bien que justement apprécié des élèves, n'excite point parmi eux le même enthousiasme que M. Velpeau ; et l'on s'est contenté de saluer son apparition par un religieux silence.

Son premier malade était un enfant de huit ans, lymphatique, qui s'était toujours bien porté, lorsque, il y a huit mois, il se plaignit de douleurs dans les membres, après quoi on aperçut au pli de l'aine une tumeur fluctuante qui égale aujourd'hui le volume de deux poings réunis. Si l'enfant étant couché, on applique une main sur la tumeur et l'autre sur la région iliaque, la pression renvoie de l'une à l'autre le choc du liquide. A la région lombaire, la colonne épinière forme une saillie arrondie qui comprend trois à quatre vertèbres ; les viscères sont d'ailleurs sains.

Quel est le diagnostic à porter ? Il n'y a ni luxation ni fracture, puisqu'il n'y a pas eu de chute. Ce n'est pas le rachitis qui a causé cette courbure, car le rachitis est une affection générale liée à un état scrophuleux ; les enfans rachitiques sont tristes, abattus ; ils ont la tête grosse, l'intelligence précoce, les traits allongés de haut en bas, la mâchoire inférieure dépassant la supérieure ; ils sont maigres, pâles, pris de fièvre lente ; le foie est engorgé, etc. Rien de tout cela n'existe ici ; l'enfant est gai et bien portant. Il y a donc présomption d'inflammation de la colonne vertébrale et d'abcès par congestion.

Il y a cependant dans les cas en question quelque chose de particulier. L'enfant n'a point eu de gêne dans les mouvemens des membres inférieurs, ni ces frémissemens, ces mouvemens convulsifs suivis de rétraction lente des muscles, qui sont l'effet de la compression ou de l'irritation de la moelle. Au lieu d'avoir le haut du tronc porté en avant, avec tous les phénomènes qui dépendent de cette attitude, l'enfant marche droit et n'a aucun indice de paralysie.

La cause prédisposante se trouve d'ailleurs dans le tempérament lymphatique de l'enfant ; la cause déterminante, dans l'habitation sombre et humide qu'il occupait à la campagne.

M. Sanson recherche ensuite quelle est l'altération pathologique du rachis. La maladie au début n'est qu'une inflammation pure et simple, soit des ligamens, soit des vertèbres elles-mêmes ; on trouve alors ces os injectés en rouge, ramollis, écrasés par le poids des vertèbres supérieurs et du tronc ; *et de cet écrasement résulte un bourrelet osseux qui fait saillie en avant et en arrière, et qui peut devenir une cause de compression de la moelle.* Plus tard la suppuration a lieu ; il se creuse alors des cavernes à la surface du corps des vertèbres ; au fond de ces cavernes on trouve le tissu osseux ramolli ; le tissu cellulaire ambiant forme un entonnoir par lequel le pus arrive jusqu'à l'anus ; et dans ce pus se rencontrent des fragmens osseux, que l'analyse chimique montre réduits aux sels calcaires, caractère qui distingue la carie de la nécrose. Notre malade en est à ce point. Qu'arrivera-t-il plus tard ? En général l'abcès finit par s'ouvrir ; le contact de l'air altère le pus, qui finit par noircir le linge ; puis surviennent la résorption, la fièvre hectique, et enfin la mort. Quelquefois la guérison peut se faire ; les tissus fibreux voisins s'ossifient et remplacent la portion disparue des vertèbres ; le pus, concentré par l'absorption de ses parties les plus fluides, se dessèche et finit par se transformer en une espèce d'adipocire. M. Sanson a vu un cas très-remarquable de ce genre. L'abcès était descendu jusqu'à la partie inférieure de la cuisse ; le canal de communication s'était spontanément oblitéré, car on ne pouvait faire remonter le pus par la pression ; et dans les cas analogues le pus peut finir par être absorbé, et l'abcès guérir sans ouverture.

L'orateur examine ensuite les chances que présente l'enfant ; il les regarde au total comme assez favorables, attendu l'embonpoint et l'état de la santé générale.

Le traitement consistera dans des moxas appliqués en grand nombre, suivant le précepte de M. Larrey ; on y joindra de bons alimens, des boissons amères, des bains de mer, l'insolation, etc., ceci pour mettre obstacle à la carie. Quant à l'abcès, il y a quatre méthodes ; les uns ouvrent largement l'abcès, mais l'air altère promptement le pus. Boyer faisait une simple ponction ; mais l'ouverture persistant, l'air pénètre toujours dans le foyer ; et au premier inconvénient

s'en joint un autre, savoir la rétention du pus altéré. M. Larrey les ouvre avec un carrelet rougi au feu, afin que l'issue se referme promtement. Enfin M. Dupuytren les abandonne à eux-mêmes. M. Sanson n'ose adopter cette méthode, de peur de les laisser trop grandir. Il les ouvre donc d'abord à la manière de Boyer; et dès que le pus s'altère, il agrandit largement l'ouverture.

La seconde malade de M. Sanson est une fille de 37 ans portant un engorgement du sein de nature douteuse. M. Sanson a très-habilement fait ressortir les symptômes qui défendent de croire à l'existence d'un kyste, d'une tumeur fongueuse, d'un squirrhe; seulement, il s'est peut-être trop avancé quand il a affirmé que les bains, les cataplasmes, etc., ne pouvaient diminuer le volume d'un squirrhe. Du squirrhe en lui-même, sans doute; du moins est ce une opinion généralement adoptée; mais tout squirrhe est environné d'un engorgement plus ou moins étendu des tissus ambians, et cet engorgement cède très-bien aux antiphlogistiques, ainsi que M. Lisfranc l'a démontré. M. Sanson s'arrête enfin à l'idée d'un engorgement chronique du tissu cellulaire extérieur à la mamelle, et peut-être aussi du tissu interstiticl de la glande. Le traitement devra être antiphlogistique d'abord, puis résolutif, et M. Sanson termine par des considérations toutes pratiques sur la compression, excellent moyen de résoudre toutes ces tumeurs chroniques et même le squirrhe; mais qu'il faut savoir appliquer, surtout dans ce dernier cas, avec prudence, si l'on ne veut précipiter le ramollissement du squirrhe et la marche des accidens.

La leçon de M. Sanson, très-substantielle, a été un peu refroidie par les interruptions de l'orateur même, qui s'est arrêté quatre fois pour demander l'heure. Nous ne chicanerons point M. Sanson sur sa définition de la carie : nous avons, dans une autre occasion, exposé ses idées et dit pourquoi nous ne pouvions les partager. Mais nous relèverons cette assertion, parce qu'elle vient d'une source qui fait autorité, que le bourrelet formé par l'écrasement des vertèbres peut comprimer la moelle; aucun fait à nous connu n'a démontré un pareil phénomène. M. Sanson a oublié aussi, dans sa description de la carie des vertèbres, le ramollissement et l'ulcération des fibrocartilages, et surtout cette affection remarquable du tissu osseux, bien plus commune que le ramollissement rouge, que les écrivains de Montpellier regardent comme des tubercules, et que M. Malgaigne a décrite sous le nom d'ulcération. Enfin, quant au diagnostic, nous avons noté aussi une omission d'autant plus essentielle qu'il n'est pas démontré pour nous que cet abcès par congestion, au lieu de tenir à une carie, ne soit pas plutôt un abcès du psoas dont M. Sanson n'a point parlé. Toutefois l'effet de cette leçon a été favorable, et la séance a été couronnée par de vifs applaudissemens.

SAMEDI 21 JUIN. — *M. Lepelletier.*

M. Lepelletier avait à diagnostiquer deux cas assez difficiles : d'abord une hydrophthalmie avec un engorgement squirrheux du fond de l'orbite; il s'est fort bien acquitté de cette première partie de sa leçon. Il a peu ajouté à ce qu'on trouve dans les livres classiques, mais il n'a rien oublié, et le diagnostic a été discuté d'une manière précise et complète. Il a indiqué un précepte peu connu, pour juger si l'iris est véritablement paralysé. En général on se contente de fermer l'œil, puis de l'ouvrir en face du jour; et si la pupille ne bouge pas, on déclare l'iris immobile; M. Lepelletier dit être parvenu à obtenir des mouvemens de l'iris par un autre moyen, qui consiste à ouvrir et fermer l'œil sain, en laissant ouvert l'œil malade; les mouvemens de la pupille saine se communiquent quelquefois mieux ainsi à la pupille malade que quand on expérimente directement sur celle-ci.

Le second malade avait des végétations au prépuce, transformées en ulcères par une cautérisation un peu trop vive. M. Lepelletier conseille de les traiter par l'onguent mercuriel; si elles sont syphilitiques, elles guérisent sans récidive; sinon, cette médication les irritera, et le diagnostic sera assuré. Ce que l'orateur a dit sur l'efficacité du mercure comme pierre de touche, et aussi pour empêcher les récidives, nous a paru quelque peu exagéré.

Mais la lésion principale de ce malade était une double fracture du péroné et de la malléole interne. La déviation du pied manquait; ce qui rendait le diagnostic moins facile; et M. Lepelletier a méconnu la fracture du péroné. Ceci, quoique chose grave dans un concours de la nature de celui-ci, nous aurait paru d'autant plus excusable qu'en pareil cas l'erreur influe peu sur le traitement; mais M. Lepelletier a professé que dès que la déviation du pied manquait, on pouvait affirmer que le péroné était intact; et que dans le cas présent, il avait porté ce diagnostic sans avoir besoin ni d'explorer la malléole externe, ni de chercher la crépitation. Ce principe mauvais a porté en cette occasion même des fruits trop amers pour qu'il soit besoin de le réfuter. A part cette erreur, la leçon de M. Lepelletier, débitée avec une facilité et une élégance de diction peu communes, a fait sur l'auditoire une impression très-favorable, et a été fort applaudie.

LUNDI 23 JUIN. — *M. Lisfranc.*

Nous ne nous étions point trompés quand nous avons dit que parmi tous ces candidats aux noms populaires, M. Lisfranc jouit cependant d'une popularité à part. Dès que le bruit s'est répandu que le sort l'avait désigné pour cette séance, l'amphithéâtre ne s'est point trouvé assez grand pour contenir l'affluence des auditeurs. Lorsque le candidat a paru, un véritable tonnerre d'applaudissemens et de bravos a ébranlé la salle; l'enthousiasme a éclaté de nouveau quand, après la lecture du procès-verbal, M. le président lui a donné la parole; il s'est encore manifesté après la leçon, et, nous devons le dire, avec une telle vigueur, avec une si manifeste unanimité, que jamais l'école de médecine n'a retenti d'acclamations aussi triomphales.

Le professeur, vivement ému, a commencé par déclarer à l'auditoire combien il était touché de ces preuves d'affection; après quoi il est entré en matière. Il lui était échu au sort un homme de 45 ans, d'une santé robuste, mais qui quatre jours auparavant avait reçu dans le ventre un coup de pied de cheval tellement violent qu'il en avait été renversé. Cependant il avait pu se relever, et les suites n'avaient point d'abord paru graves; mais aujourd'hui même s'étaient déclarés des accidens très-violens : vomissemens répétés de matières porracées, tension de l'abdomen, douleur, etc. A

l'examen, il accuse une douleur pongitive remontant de l'hypochondre droit à l'épaule, une toux sèche, une constipation opiniâtre ; la percussion fait rendre à l'abdomen un son clair ; le toucher ne cause nulle part de douleur, hors quelque peu autour de l'ombilic, mais surtout à l'hypochondre droit. Là aussi le son est mat ; on sent le foie engorgé qui dépasse de beaucoup le bord libre des côtes ; ce même son mat, prolongé en haut, indique que le foie a refoulé le diaphragme ; car il n'y a aucun symptôme de pleurésie ni d'empyème. Le toucher ne rencontre d'ailleurs aucune trace de bosselure ni de déchirure.

Comment s'expliquent ces phénomènes et quelle est la lésion qu'ils révèlent? Les violences extérieures agissant sur l'abdomen peuvent causer divers désordres. Tantôt ce sont des épanchemens primitifs, quand les intestins ou de gros vaisseaux sont fortement intéressés ; ou plus lents à se faire et à se manifester quand la lésion atteint les viscères eux-mêmes ou ne fait aux gros vaisseaux que d'étroites déchirures. Le professeur décrit les phénomènes qui surviennent dans tous ces cas, déclare qu'il ne s'agit point d'abord d'un épanchement subit, puisque les symptômes ont tant tardé à se manifester, ni d'épanchement plus lent et consécutif pour ainsi dire, ni de déchirures d'aucune sorte, et il le démontre par une analyse savante et complète des accidens qu'entraînent les déchirures de l'estomac, des intestins, du foie, de la rate, des reins, de la vessie. L'absence de contusions aux parois ne suffirait pas pour décider de l'absence de ces lésions ; mais aucun signe n'en a paru chez ce malade. Le diagnostic est : Engorgement inflammatoire du foie, suite de la contusion reçue, avec inflammation du péritoine correspondant, inflammation qui s'étend, mais à un moindre degré, du côté de l'ombilic.

Si le malade est bien traité, le pronostic est favorable ; la résolution ne demandera que six à dix jours. Le traitement mal dirigé peut amener des terminaisons diverses, dont la plus commune et l'une des plus redoutables est l'induration chronique, désignée vulgairement sous le nom d'obstructions.

M. Lisfranc pose ensuite les bases du traitement. L'inflammation est due à une cause externe, circonstance d'une haute importance ; car alors on peut beaucoup plus multiplier les émissions sanguines que quand la cause est interne. La théorie prévoyait ce fait. La cause interne qui détermine l'inflammation agit aussi en débilitant fortement le malade ; ses forces ont dès lors besoin d'être ménagées ; tandis que l'inflammation traumatique est toute locale pour ainsi dire, et pure de cette redoutable complication générale. Mais l'expérience parle plus haut encore que la théorie, et le professeur en appelle à celle des chirugiens militaires, et à la sienne propre dans toutes les lésions traumatiques graves. D'une autre part, cette règle générale est modifiée dans ses applications ; si l'encéphale est intéressé, il faut ménager assez les saignées pour ne pas craindre une prédominance excessive du système nerveux, dans les lésions de poitrine, saignez au contraire, saignez de manière à ne laisser au blessé pour ainsi dire que la quantité de sang nécessaire pour vivre. A l'abdomen, la réserve est commandée par un autre intérêt ; il importe de ne pas favoriser l'absorption et même l'imbibition des gaz, du chyme, des matières sécrétées et altérées sous l'influence de la maladie. La possibilité de cette imbibition est démontrée par la fétidité particulière à certains abcès voisins de l'anus, quoiqu'ils n'aient d'ailleurs aucune communication avec le rectum.

Je ferais donc d'abord, dit M. Lisfranc, une ou deux saignées ; et j'attendrais, pour aller plus loin, l'effet qu'elles produiraient sur ce malade. S'il les soutenait mal, s'il était faible, décoloré, il faudrait renoncer à cette manière de tirer du sang. S'il les soutenait bien, au contraire, on y reviendrait.

Mais ici se présente une autre question. Le lieu où l'on applique les saignées générales est-il indifférent ? Ici M. Lisfranc soumet à une révision nouvelle les idées des anciens sur l'effet spoliatif ou révulsif des saignées ; et il conclut que l'expérience ne permet pas de les rejeter complétement. Peu importe selon lui, où se fera la première saignée, qui est presque purement spoliative ; mais il faut pratiquer las autres le plus loin possible de l'organe affecté pour les rendre révulsives. C'est à cette pratique que sont dus en grande partie les beaux résultats qu'il a obtenus au Grenier-d'Abondance sur les blessés des 5 et 6 juin. Les sangsues seront-elles nécessaires ? M. Lisfranc rappelle les idées de M. Broussais sur l'efficacité des saignées dans les phlegmasies des parenchymes, et des sangsues dans les inflammations membraneuses. Ici le péritoine est intéressé aussi ; il sera donc utile d'appliquer des sangsues. Les lavemens, la potion de Rivière pour calmer les vomissemens qui n'ont qu'un caractère nerveux, puis, les boissons froides, et si, l'estomac n'en supporte aucune, les tranches de citron pour calmer la soif ; des cataplasmes légers, de riz plutôt que de lin, parce que les premiers fermentent moins ; les bains tièdes et prolongés : tels sont les moyens dont le traitement devra se composer.

Si l'inflammation passe à l'état chronique, on recourra aux fondans. La suppuration est plus rare, mais elle pourrait encore arriver ; et l'auteur termine par une histoire concise des abcès du foie et de leur traitement sous le point de vue chirurgical.

Le second malade portait sur le sternum une tumeur du volume des deux poings, plus un gonflement de cet os vers l'articulation sterno-calviculaire droite, et des ganglions engorgés partout, même dans le mésentère. Après avoir épuisé la méthode du diagnostic par exclusion, M. Lisfranc attache enfin à la tumeur son caractère ; c'est une exostose et une tumeur lymphatique qui se sont réunies en une seule, et auxquelles la dégénérescence cancéreuse commence déjà à se mêler. Après diverses considérations préliminaires, nous nous attendions à voir l'orateur développer ses belles idées sur la thérapeutique des tumeurs cancéreuses, quand l'heure l'a surpris laissant sa leçon inachevée.

La première partie de cette leçon a été vraiment remarquable ; et sans quelques digressions fort pratiques sans doute, mais inopportunes à cause du temps limité, elle aurait pu être mise au rang des belles improvisations de la Pitié. C'était bien la même parole, ferme et sonore, avec son abondance et son autorité, avec son originalité parfois un peu diffuse. Nous n'avons regretté qu'une seule chose, c'est que M. Lisfranc n'ait pas assez senti qu'il était emprisonné cette fois dans des limites fixes et précises ; c'est qu'il ait perdu quelques minutes à des citations d'érudition dont sa vaste

expérience peut se passer ; c'est, en un mot, qu'en voulant insister sur tout, et même sur des circonstances qu'il pouvait négliger, il nous ait privés de la fin d'une leçon qui eût été si intéressante.

MARDI 24 JUIN. — *M. Guerbois.*

Nous ne nous étendrons pas beaucoup sur cette séance, dont nous sommes sortis véritablement affligés. La chaire était occupée par un chirurgien vieilli dans la carrière des hôpitaux, qui n'a jamais, que nous sachions, démérité de la science ni de ceux qui la cultivent, un homme qui, arrivé en tête d'un grand hôpital, ne refusait pas de se commettre avec des candidats, dont beaucoup ont pu être ses élèves ; et sans brigues, sans cabale, sans aucun antécédent qu'on lui pût reprocher, acceptait avec franchise les chances douteuses d'un concours. A défaut de tout autre titre, son âge encore aurait dû lui servir de sauve-garde ; il n'en a rien été. Nous avons entendu avec douleur, dans une partie de l'auditoire, des ricanemens qu'on pouvait croire prémédités, car ils se sont fait jour plusieurs fois quand le candidat disait des choses très-raisonnables. Le sens droit de la majorité des élèves s'est élevé plus d'une fois contre cette malheureuse tendance ; et une allocution de M. J. Cloquet pour réclamer l'attention et le silence, a été couverte d'applaudissemens.

Pour nous, qui n'avons connu M. Guerbois qu'à cette heure, nous devons dire qu'il méritait un tout autre accueil. M. Guerbois occupe très-convenablement la chaire ; son élocution est claire, facile, agréable, et il a fait en une demi-heure l'histoire de ses deux malades avec beaucoup de précision, sans ajouter rien à la science, mais aussi sans inexactitude d'omissions. Si M. Guerbois se fût arrêté là, on aurait pu lui reprocher de n'avoir pas rempli son temps ; mais la leçon en elle-même était bonne et fort bien débitée. Malheureusement il a tenu à honneur de remplir ses soixante minutes, ce qui n'a pu se faire qu'avec beaucoup de redites. Mais ici encore il serait injuste de ne pas faire la part des circonstances décourageantes qui l'entouraient ; et nous sommes étonné même que sa présence d'esprit se soit aussi bien soutenue jusqu'à la fin. Nous espérons que M. Guerbois parlera dans la seconde épreuve devant un auditoire et plus calme et plus juste ; ce n'est qu'alors qu'il pourra être convenablement apprécié.

MERCREDI 25 JUIN. — *M. Blandin.*

Cette leçon, qui terminait la première épreuve, a eu aussi son côté dramatique ; à plusieurs reprises, dans les précédentes séances, des billets avaient circulé dans l'auditoire, dénonçant M. Blandin comme le candidat de l'école, et qui pis est, de la cour. A tort ou à droit, ces manœuvres, que nous ne voulons pas d'ailleurs qualifier, avaient impressionné les élèves, et M. Blandin montant en chaire se voyait accueilli par un silence de redoutable augure. Le candidat a pris noblement sa revanche. Il a commencé par une solennelle déclaration, reniant toute intrigue de ce genre, et renvoyant ces imputations calomnieuses à ceux qui les avaient imaginées. Aucun auditoire ne resterait froid à de semblables paroles, et des applaudissemens multipliés ont prouvé à M. Blandin avant et après sa leçon qu'il était complétement réhabilité dans l'estime des élèves, qu'il regardait, a-t-il dit, comme son plus grand bien.

Le premier malade était un teinturier tombé le matin même dans une chaudière d'eau savonneuse bouillante, et plongé là jusqu'au cou. De là les trois premiers degrés de brûlure de M. Dupuytren. M. Blandin craint même que les parties qui ont touché le fond de la chaudière ne soient brûlées plus profondément ; légère erreur pardonnable à un chirurgien ; mais on sait que le fond des vases où bout un liquide, est de beaucoup moins chaud que le liquide même. Du reste, la question a été traitée classiquement ; M. Blandin n'a parlé que du traitement commun de nos hôpitaux, sans faire mention d'aucun autre. Le malade est condamné d'ailleurs, et ne passera pas 24 ou 48 heures.

Le second sujet prêtait davantage ; c'était une femme atteinte d'une tumeur blanche du genou. M. Blandin a perdu un peu de temps à démontrer que ce n'était point une hydropisie de la bourse muqueuse *antérotulienne*, ni de la bourse *opistorotulienne*, pour nous servir de ses expressions gréco-latines. En traitant des symptômes, il a posé en thèse générale ce que les auteurs n'avaient observé que pour la coxalgie, que toute tumeur blanche articulaire entraînait des douleurs dans l'articulation immédiatement inférieure. Cette observation curieuse a été en effet constatée sur cette femme, et mérite qu'on cherche à la vérifier dans tous les autres cas. Les symptômes ont été d'ailleurs fort bien exposés. Nous l'attendions au diagnostic différentiel des tumeurs blanches entre elles ; il s'est contenté de présumer que la maladie avait commencé par la synoviale, et que la synoviale était à l'état fongueux, sans indiquer aucun des signes donnés par Brodie pour assurer ce diagnostic un peu téméraire. Malheureusement on reproche à M. Blandin une omission d'une nature bien plus grande ; il paraît que la malade porte à la cuisse, immédiatement au-dessus de la tumeur blanche, une énorme collection purulente qui a complétement échappé à M. Blandin, et dont la présence a été constatée par tous ses compétiteurs. Enfin l'orateur s'est borné à indiquer le traitement ordinaire, et n'a pas même cité la méthode contro-stimulante de M. Pirondi, qui aurait pu donner lieu à de si importantes considérations.

Malgré une accablante chaleur, la foule n'a pas cessé d'être immense, et le jury ne prend par semaine qu'un jour de repos. La seconde épreuve a dû commencer vendredi.

Sur l'emploi du chlorure d'oxide de sodium contre les fièvres intermittentes, par M. MUNARET, D.-M. à Châtillon-de-Michailles.

Je viens de lire dans le dernier numéro du *Journal de la Société des sciences physiques et chimiques de Paris*, dont je suis *membre correspondant*, un article du docteur Lalerque qui constate la suspension paroxysmale d'une fièvre tierce sous l'influence du chlorure d'oxide de sodium. Le même article m'apprend que M. Roche a exposé une théorie sur les fièvres intermittentes dans le n° 155 du

Journal hebdomadaire, laquelle théorie a conduit mon estimable confrère à tenter la propriété fébrifuge du chlorure, ce dont il prend date.

Confiné à l'extrémité de la France, au pied des Alpes jurassiennes, ne vous étonnez pas si j'ignore encore cette théorie de M. Roche. Je m'estime assez heureux quand un rayon, émané du foyer des lumières médicales, se réfléchit sur la pointe de nos rochers, et vient sillonner mon obscur cabinet une fois par semaine. Ce rayon métaphorique est la *Gazette médicale de Paris* (1). Ignorant dans la théorie de M. Roche, je prends la liberté de vous apprendre que si j'expérimente le même agent thérapeutique depuis septembre 1832, c'est par une conséquence de mes propres idées sur l'essence des fièvres *marécageuses*.

Depuis cette époque, et pour la première fois, quelques cas épars d'une semblable affection se manifestèrent dans le quartier bas de Châtillon-de-Michaille, ma résidence. Pendant l'automne et le printemps de 1833, récrudescence légère. Aujourd'hui même, et depuis la venue prématurée des beaux jours, l'épidémie règne d'une manière intense sur la classe ouvrière; je puis observer 115 malades dans le cercle étroit d'un quart de lieue et sur une population de 1,200 ames environ.

Je n'ai pas pris date, comme le docteur Lalerque, pour un premier et problématique succès par le chlorure d'oxide de sodium, obtenu le 2 septembre 1832 sur la personne du sieur Lacroix (Antoine), cordonnier. La même raison me défendit de livrer trop légèrement à la publicité des guérisons isolées de la même affection par le cyanure de potassium en lavement, par le charbon administré à l'intérieur, etc. *Un esprit philosophique*, d'après mon estimable confrère, *ne trouve pas là de quoi baser un jugement solide, et les fièvres tierces cessent fréquemment sans remèdes.*

Cet esprit philosophique a exigé donc quatre guérisons bien évidentes par le même traitement, pour spécialiser mes recherches et m'engager à réunir une masse de faits capable d'établir irrévocablement aux yeux du monde médical l'efficacité du *chlorure d'oxide de sodium*, combiné avec d'autres substances médicamenteuses, dans le traitement des fièvres *marécageuses*.

Mes nombreuses occupations (et ce prétexte n'est pas banal pour un médecin de campagne qui fait métier obligé de postillon et de garçon apothicaire) ont été le motif principal qui a retardé la publication d'un mémoire sur cet important objet, et qui doit comprendre l'histoire encore incomplète de l'épidémie régnante.

Veuillez donc, monsieur le rédacteur, insérer dans votre journal la présente réclamation de priorité scientifiquement effective; car je me propose de présenter mon travail à l'Académie des sciences pour le concours du prix Monthyon.

MUNARET, D.-M.-P.

Châtillon, 17 mai 1834.

(1) La mémoire de notre honorable confrère est en défaut. La *Gazette médicale* a fait mention des idées de M. Roche sur les fièvres intermittentes, année 1833.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

civils et militaires.

JUIN 1834.

N° DU 3.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de MM. GUERSENT et BAUDELOCQUE.

Tubercules de l'encéphale.

Première observation. *Céphalalgie ancienne; paralysie du côté gauche; strabisme; prolapsus de la paupière droite, mort. Tubercule du volume d'une noix, ramolli au centre, dans le pédoncule droit du cerveau.*

Louise Patu, âgée de trois ans et demi, d'un constitution primitivement forte, n'ayant jamais présenté aucun symptôme de maladie scrofuleuse, jouissant habituellement d'une bonne santé, commença à se plaindre de la tête dans les premiers jours de mars; elle devint triste, morose, apathique. Au bout d'un mois, elle fut prise sans cause connue de vomissemens qui se renouvelèrent pendant deux jours et disparurent ensuite. La tête était toujours le siége d'une douleur vive qui s'exaspérait par intervalles. A cette époque, les membres du côté gauche commençaient à s'engourdir; l'œil du même côté fut affecté de strabisme; l'engourdissement augmenta tellement, que la progression devint impossible au bout de trois semaines. Pendant ce laps de temps, somnolence habituelle, criailleries par intervalles, accès de fièvre irréguliers, diminution de l'appétit, constipation. Du reste, jamais de délire, jamais de mouvemens convulsifs des membres.

Trois semaines avant son entrée, on lui a appliqué 4 sangsues derrière les oreilles, puis un vésicatoire à la nuque. Elle a pris également quelques bains tièdes avec affusions froides sur la tête. Aucune amélioration notable n'a suivi l'emploi de cette médication.

Admise à l'hôpital le 6 mai, elle nous a offert l'état suivant : décubitus dorsal, face triste, abattue; distorsion de la bouche, strabisme de l'œil gauche, prolapsus de la paupière supérieure droite, réponses lentes, mais justes; articulation des sons difficiles, paralysie du mouvement des membres du côté gauche; contracture de l'extrémité supérieure; pas de céphalalgie, pas de renversement de la tête en arrière, pas de trismus. La langue est humide et couverte d'un léger enduit blanchâtre; la déglutition libre, l'appétit presque nul; constipation depuis plusieurs jours; peau de chaleur naturelle, pouls à 92, peu développé; pas de toux, pas de gêne de la respiration. Oxymel, 4 grains de calomel en deux prises, lavement purgatif avec follicule de séné 2 gros, et miel de mercuriale 1 once. On prescrit en même temps deux cautères derrière les apophyses mastoïdes; ils ne sont pas appliqués, le vésicatoire de la nuque fournissant une suppuration abondante.

Le 7, persistance des mêmes symptômes; criailleries continuelles; une seule évacuation peu abondante à la suite du lavement. Calomel et rhubarbe, 6 grains de chaque en deux prises.

Le 8, six sangsues derrière les oreilles.

Aucun changement ne se manifesta jusqu'au 10. On prescrivit ce jour-là une infusion de 1 gros d'arnica pour 8 onces d'eau, et des frictions sur la colonne vertébrale avec un liniment volatil camphré.

Le 11, face pâle, occlusion incomplète de l'œil droit, strabisme à gauche, où la pupille est très-dilatée et peu contractile; intelligence obtuse, réponses lentes, même difficulté à articuler les sons que les jours précédens, même paralysie des membres du côté gauche, avec contracture du bras et de la jambe, qui sont fortement fléchis. La sensibilité de la peau est conservée, elle est à peu près égale des deux côtés. Les membres du côté droit sont entièrement libres. Bains sulfureux, infusion d'arnica.

Le vésicatoire de la nuque suppure abondamment; la peau qui entoure la plaie devient les jours suivans le siége d'une rougeur érysipélateuse; les ganglions cervicaux se tuméfient.

Le 21 mai, affaissement profond, diarrhée, évacuations involontaires.

Le 22 et le 23, selles sanguinolentes, gêne de la respiration, toux.

Le 25, face violacée, respiration diaphragmatique, râle trachéal, occlusion des paupières, qui, soulevées, laissent voir la cornée terne et les pupilles médiocrement dilatées;

résolution des membres, sensibilité de la peau très-obtuse; pouls filiforme, très-accéléré. Mort dans la journée.

Nécropsie, 18 heures après la mort.

Habitude extérieure. Amaigrissement peu marqué, pas de rigidité cadavérique.

Tête. Dure-mère saine; caillot fibrineux très-mou dans le sinus longitudinal supérieur; arachnoïde et pie-mère de la convexité et de la base transparentes, n'offrant pas d'infiltration, et se détachant avec facilité des parties sous-jacentes. Pas de traces des glandes de *Pachioni;* coupe du cerveau humide; pointillé, rouge, peu vif, de la substance blanche; coloration normale de la substance corticale; une once de sérosité limpide dans les ventricules latéraux. Lorsque les pédoncules du cerveau sont mis à découvert, on remarque que le droit est trois fois plus volumineux que celui du côté gauche. En l'incisant, on découvre un tubercule du volume d'une noix, contenant à son centre une petite excavation remplie d'un détritus verdâtre. Cette production morbide est recouverte d'une couche très-mince de substance cérébrale, dont la couleur et la consistance sont normales. Les autres parties du cerveau, le cervelet et la moelle alongée, soigneusement examinés, n'offrent aucune altération appréciable.

Poitrine. Adhérences anciennes du poumon droit à la plèvre costale. Nombreuses granulations dans le tissu cellulaire sous pleural. Le parenchyme pulmonaire contient aussi quelques tubercules miliaires. Nombreux tubercules dans les ganglions bronchiques; engouement et hépatisation de la partie postérieure des lobes, soit à droite, soit à gauche. Cœur et péricarde sains.

Abdomen. Il existe quelques tubercules dans les ganglions mésentériques. La muqueuse gastrique, de couleur gris rosée, offre partout une bonne consistance. On aperçoit quelques ecchymoses vers la fin de l'iléon et sur le trajet du colon. La muqueuse intestinale ne présente de ramollissement que vers sa terminaison. Le foie, la rate, les reins et le pancréas ne contiennent pas un seul tubercule.

Nous rapprocherons de ce fait l'observation d'un garçon beaucoup plus âgé, qui offrait des symptômes cérébraux à peu près analogues, et qui présenta une production morbide de même nature, mais située dans un point différent de la substance encéphalique.

Deuxième observation. *Paralysie du côté droit; cécité; mort. Tubercules du cervelet et de la protubérance annulaire. Ancienne péricardite; traces de péritonite; ulcérations intestinales; calcul dans l'uretère du côté droit.*

Jean Mourgue, âgé de onze ans, d'une constitution primitivement forte, d'une stature assez élevée, est né dans une petite ville d'Auvergne, qu'il a habitée jusqu'au mois d'août 1833. Son père et sa mère sont doués d'une forte complexion, ainsi que deux autres enfans. Son aïeule maternelle est morte d'une hydropisie accompagnée d'ictère.

Ce garçon avait joui d'une bonne santé jusqu'au mois de février 1833. A cette époque, selon le rapport de ses parens, il fut pris d'une fièvre cérébrale, à la suite d'une vive frayeur qu'il aurait éprouvée en voyant un cadavre que l'on retira de l'eau sous ses yeux. Cette affection dura plusieurs semaines; pendant la convalescence les extrémités s'œdématièrent, et le ventre devint le siége d'un épanchement.

Au mois d'août, Mourgue quitta l'Auvergne, et fut transporté à Paris.

Huit jours après son arrivée, la ponction abdominale fut pratiquée, et fournit six litres de sérosité limpide. Le ventre ne tarda pas à redevenir volumineux, et un mois après on pratiqua la même opération. Elle fournit sept litres de sérosité de même nature que la première. Même opération au bout de trois semaines.

Peu de jours après cette dernière ponction, qui eut lieu au commencement d'octobre, de nouveaux accidens se manifestèrent. Le malade, qui se plaignait depuis quelque temps d'une douleur vive, lancinante, intermittente de la région occipitale, fut pris tout à coup de strabisme; la vue s'affaiblit notablement, et par momens elle était complètement perdue. L'articulation des sons devint très-difficile, le malade bredouillait. La bouche commença à offrir une déviation à gauche. Les membres du côté droit s'engourdirent. Le strabisme, la difficulté d'articuler les sons, se dissipèrent au bout de six semaines. Pendant ce laps de temps le malade eut plusieurs fois des vertiges, des étourdissemens; il voyait tous les objets tourner autour de lui, il tombait sans perdre connaissance, sans offrir de contracture des membres, ni d'écume à la bouche. Cependant la vue restait faible, la déviation de la bouche devenait de plus en plus marquée, la motilité était presque entièrement abolie dans les membres du côté droit, qui étaient infiltrés et constamment froids.

Il fut admis à l'hôpital le 21 décembre, où il nous offrit l'état suivant :

Maigreur générale, rougeur circonscrite des pommettes contrastant avec la pâleur du reste de la face et de toute la périphérie cutanée, céphalalgie occupant la région occipitale, déviation de la bouche à gauche, paralysie incomplète des membres supérieur et inférieur du côté droit; le malade exerce encore quelques mouvemens avec les doigts, mais il ne peut soulever le membre ni le maintenir élevé, la sensibilité y est très-obtuse. Les réponses sont justes, l'articulation des sons est assez difficile. Les membres du côté gauche sont libres, la sensibilité et la motilité y sont intactes. La vue est également affaiblie des deux côtés. La pupille droite est très-dilatée, la gauche est contractée. La langue est large, humide, couverte d'un enduit très-épais; il n'existe aucune gêne de la déglutition. La soif est assez vive, le malade conserve de l'appétit; il a pris chaque jour une petite quantité d'alimens avant son entrée à l'hôpital. Le ventre est saillant sur les parties latérales; la paroi antérieure est molle, flasque, ridée; la pression est douloureuse, surtout vers l'épigastre et le flanc gauche. Diarrhée abondante, sept à huit selles liquides, jaunâtres, fétides, involontaires dans les 24 heures. La peau est sèche, et chaude. Le pouls est petit, régulier, il bat 124 fois par minute. La région du cœur offre un son mat dans une assez grande étendue; cependant l'auscultation ne fait entendre aucun bruit anormal. Toux grasse, fréquente, expectoration nulle, légère gêne

de la respiration. En avant, râle muqueux à droite et à gauche ; en arrière, retentissement de la voix sous l'omoplate du côté droit, expansion faible, sonoréité normale ; les urines sont rendues en petite quantité ; elles sont briquetées, bourbeuses. Traitées par la chaleur, elles ne fournissent pas d'albumine. *Chiendent nitré, deux pots, julep gommeux, bouillons.*

Les jours suivans, le malade ne présente rien de remarquable. La toux et la diarrhée persistent, le ventre n'augmente pas de volume. Intelligence toujours nette, il répond juste aux questions qu'on lui adresse, et soutient d'assez longues conversations avec ses parens qui viennent le visiter chaque jour. Quant à l'état des pupilles, il est très-variable. Tantôt elles sont également contractées, tantôt elles sont également dilatées. Quelquefois l'une d'elles est dilatée, et l'autre contractée. Les membres du côté droit deviennent de jour en jour plus faibles, ils sont toujours infiltrés. La déviation de la bouche est de plus en plus prononcée. La céphalalgie ne revient qu'à des intervalles éloignés ; mais elle occupe toujours l'occiput.

Dans la nuit du 30 au 31, délire violent, cris aigus, auxquels succède un collapsus profond.

Le 1er janvier, la face est pâle, les traits altérés ; lorsqu'on interroge le malade, il prononce quelques mots inarticulés d'une voix affaiblie, il montre la langue, mais il a de la peine à la retirer. La vue n'est pas entièrement abolie, les pupilles sont également contractées, mais encore sensibles à la lumière ; le pouls est petit, filiforme, régulier, évacuation des matières fécales et émission des urines involontaires. Sous le rapport de la sensibilité et de la motilité des membres, il existe toujours une différence assez tranchée entre le côté gauche et le côté droit. Le ventre s'affaisse, il est beaucoup moins volumineux qu'au moment de l'entrée. La mesure en a été prise tous les deux jours. *Décoction blanche, sinapismes aux pieds, bouillons.*

Du 1er au 5 janvier ; les symptômes s'agravent, la vue est complètement abolie ; le malade s'affaiblit graduellement et s'éteint sans convulsions et sans agonie dans la nuit du 5 au 6 janvier.

Nécropsie, 30 heures après la mort.

Habitude extérieure. Émaciation ; pâleur générale des tégumens ; pas de rigidité cadavérique.

Tête. L'arachnoïde cérébrale paraît saine ; pas de liquide dans sa cavité. Dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, surtout du côté gauche, on trouve un liquide transparent et comme gélatineux. A la partie antérieure de l'hémisphère gauche, ce liquide est de couleur lie-de-vin. Aucune adhérence des méninges avec la substance cérébrale. Les hémisphères, examinés avec soin, n'ont rien présenté de remarquable. Une petite quantité de sérosité citrine est contenue dans les ventricules. Les parties centrales sont saines. La substance grise des circonvolutions paraît un peu pâle. Les deux lobes du cervelet sont d'un volume égal. La substance grise ne paraît pas altérée. A la partie latérale externe de chacun des lobes, on trouve une masse tuberculeuse de la grosseur d'une fève ; ces masses ne sont point ramollies ; mais la substance cérébelleuse environnante paraît d'une consistance moindre que le reste, pas d'injection autour de ces tubercules. Le lobule moyen du cervelet est occupé par un tubercule de la grosseur d'une petite noix également à l'état cru. Il est renfermé dans la substance cérébelleuse et ne fait point saillie à la superficie de l'organe. La protubérance annulaire contient à son centre une masse tuberculeuse de la grosseur d'une noix. La substance environnante est moins consistante que celle de la superficie. Le tubercule se prolonge jusque dans le pédoncule du côté gauche. Le pédoncule cérébelleux du côté droit est occupé par une autre masse de la grosseur d'une noisette. Tous ces tubercules sont à l'état cru, présentant la couleur jaune-verdâtre des tubercules des centres nerveux. La paroi antérieure et supérieure du ventricule du cervelet en présente aussi un du volume d'une noisette, environné de substance médullaire non ramollie.

Poitrine. Le poumon gauche présente à son sommet un tubercule cru du volume d'un pois. Le reste de son étendue est farci de granulations miliaires qui sont moins nombreuses à la partie inférieure. Le poumon droit ne contient qu'une multitude de granulations également plus nombreuses au sommet qu'à la base. Les glandes bronchiques sont tuberculeuses. Le péricarde a deux ou trois lignes environ ; cette épaisseur est due à des fausses membranes jaunâtres, comme graisseuses et granuleuses, qui le revêtent à l'intérieur et qui recouvrent également le cœur. Elles ont sur cet organe leur plus grande épaisseur. Son parenchyme est sain.

Abdomen. La cavité du péritoine contient un litre environ de sérosité trouble et légèrement briquetée. Des adhérences peu solides unissent le colon transverse et l'estomac à la paroi abdominale antérieure ; les circonvolutions de l'intestin grêle sont également unies par de légères adhérences ; le péritoine viscéral offre une teinte noirâtre, surtout au-dessus de l'ombilic.

La muqueuse de l'estomac est d'un blanc rosé, un peu ramollie surtout au niveau du grand cul-de-sac. Vers la fin de l'intestin grêle, on rencontre de nombreuses ulcérations qui ne pénètrent pas au delà de la muqueuse ; la valvule iléo-cœcale est criblée d'ulcérations ; celles-ci augmentent en nombre dans le colon ascendant et transverse, où elles deviennent annulaires et intéressent la tunique musculeuse de l'intestin.

Le foie, le pancréas et la rate ne présentent rien de remarquable. Le rein droit est dans l'état normal ; le rein gauche est transformé en un kyste urineux. Les substances corticale et mamelonnée sont atrophiées. Un calcul est engagé dans l'uretère à environ trois pouces du rein ; il s'oppose complètement à l'écoulement de l'urine ; l'uretère a au-dessus de l'obstacle le volume de l'intestin grêle. La vessie présente à sa partie supérieure et postérieure une ulcération tuberculeuse. Appareil génital dans l'état normal.

N° DU 5.

BULLETIN.

Responsabilité médicale.

On se rappelle la condamnation, à Evreux, de M. Thouret-Noroy, accusé d'avoir ouvert l'artère brachiale dans une saignée. (1).

Le sieur Thouret-Noroy a interjeté, ainsi que nous l'avons dit, appel de ce jugement, et, par l'organe de Me Homberg, il en a demandé la réformation. A l'appui de son appel, il a produit, devant la cour, une consultation délibérée par les docteurs Flaubert, Hellis, Leudet, Couronné, Blanche, Des-Alleurs et Pilore père.

Me Senard a défendu le jugement attaqué; il a même demandé un supplément de dommages-intérêts pour son client.

Voici comment la cour a statué : nous reproduisons ici le texte de son arrêt, parce qu'il rapporte tous les faits sur lesquels a roulé la discussion à laquelle se sont livrés les deux avocats.

« Attendu qu'il résulte de l'ensemble des dépositions des témoins de l'enquête directe :

» 1° Que les personnes présentes lors de la saignée faite par Noroy au bras de Guigne furent étonnées de l'effet immédiat de cette saignée, de la manière dont le sang jaillissait et brouait ou brouissait; de la couleur du sang; de l'insistance que Noroy, malgré les observations qui lui furent faites, mit à ce que le sang fût jeté, ce qu'il exécuta lui-même et presque immédiatement; des symptômes alarmans qui suivirent cette saignée;

» 2° Que, pendant dix-huit jours, Guigne se plaignit continuellement de la douleur qu'il éprouvait au bras; qu'une tumeur se manifesta bientôt au siége de la saignée et augmenta chaque jour; que, pendant ce temps, Guigne a été obligé de garder le lit et qu'on avait beaucoup de mal à lui passer ses vêtemens lorsqu'il se levait;

» 3° Que, dans cet intervalle, Guigne ne s'est livré et ne pouvait se livrer à aucune espèce de travail; qu'après ces dix-huit jours, la tumeur présentait la grosseur et le volume d'un œuf; que cependant Noroy disait que ce n'était rien, et qu'il donnerait de quoi faire passer cette tumeur;

» Attendu qu'il est inutile de s'attacher aux petites fioles fournies aux malades par Noroy, des substances qu'elles contenaient, de la couleur qu'elles offraient à l'œil, et de la douleur qu'elles ont produite au bras de Guigne;

» Qu'il suffit qu'il soit prouvé, et même reconnu par Noroy, qu'il a fourni ces fioles et la liqueur qu'elles contenaient, pour qu'il demeure constant que, long-temps après la saignée, le malade souffrait beaucoup, et que le siége du mal était à l'endroit de cette saignée où l'on remarquait cette forte tumeur, attestée par un grand nombre de témoins, et dont Noroy n'a pu diminuer le volume, nonobstant ses diverses applications ou compressions;

» Attendu que c'est après diverses tentatives sans succès, et dans un moment où Guigne avait le plus grand besoin de l'assistance et des secours de son médecin, que celui-ci, désespérant sans doute de pouvoir guérir, ou, au moins, soulager son malade, l'abandonna à ses souffrances;

» Attendu qu'aux symptômes qui ont accompagné la saignée, aux événemens qui sont survenus postérieurement à la tumeur qui s'est formée, et a progressivement augmenté, aux douleurs continuelles du malade, à l'impossibilité où il était de se livrer à aucun travail, à l'inefficacité des remèdes de Noroy, et à l'abandon du malheureux Guigne, il faut réunir ce qui s'est passé ultérieurement, et les autres circonstances que révèle également l'enquête.

» Qu'il résulte des dépositions de quatre témoins, au moins des trois témoins qui ont été présens aux opérations antérieures à l'amputation, que l'officier de santé leur fit palper et reconnaître les battemens qui existaient à leur tumeur, que lorsqu'elle fut ouverte il en sortit du sang caillé et du sang liquide de couleur rouge; qu'ils reconnurent que la piqûre existait à l'artère, qu'ils jugèrent à l'odeur et à la couleur du sang que c'était du sang artériel, et qu'ils ont vu le sang jaillir de l'artère avant l'introduction de la sonde, qu'enfin la gangrène survenue a nécessité l'amputation;

» Que Noroy, présent à l'enquête, n'a fait aucune observation, aucune interpellation lors de la déposition de Chouippe, quand il avait tant d'intérêt à contredire les déclarations et les symptômes dont l'officier de santé rendait compte;

» Attendu qu'il est également établi, par tous les documens du procès, que c'est par le fait de Noroy, par le résultat de la saignée qu'il a pratiquée, par la lésion de l'artère brachiale, par l'inefficacité de ses remèdes, par sa négligence grave, par une faute grossière, notamment par l'abandon du malade, dont il a refusé de visiter le bras, lors même qu'il en était par lui requis, que l'amputation du bras de l'infortuné Guigne, après les opérations réitérées et douloureuses qu'il avait subies, est devenue indispensable.... »

Déterminée par ces considérations, la cour a confirmé le jugement de première instance; de plus elle a condamné Thouret-Noroy, et par corps, en 400 fr. à titre de supplément de dommages-intérêts. »

— Ainsi, deux jugemens solennels infligent à un confrère une peine grave, surtout par les conséquences morales qui en résultent. Le tribunal de Rouen, malgré la consultation remarquable des médecins les plus distingués de cette ville, confirme le jugement du tribunal d'Evreux, et persiste à soutenir qu'il y a eu piqûre de l'artère, là où sept médecins ont déclaré que, selon toutes les apparences, elle n'existait pas; il n'apporte aucune preuve nouvelle de cette lésion, et se borne à reprocher à M. Thouret-Noroy de n'avoir pas contredit la déposition de l'officier de santé! Du reste, pas un mot sur l'ignorance de ce dernier, que signale la consultation; rien sur la nécessité où il se trouvait d'appeler au moins un docteur avant de pratiquer une opération aussi grave que celle de l'amputation du bras, dont il fallait faire constater la nécessité; rien sur la consultation dont, par un dédain bien extraordinaire, le jugement ne fait pas même mention.

(1) Voyez le Bulletin Médical Belge, n° du mois de février, p. 26.

Ainsi, parce que des personnes étrangères à la médecine ont été *étonnées* de l'effet d'une saignée, de la manière dont le sang *jaillissait* et *brouait* ou *bruissait* : de la *couleur du sang* : parce que Guigne s'est plaint continuellement de la douleur qu'il éprouvait au bras, parce qu'il ne pouvait se livrer à aucun travail, parce que la tumeur avait le volume d'un œuf, et que « M. Noroy disait que ce n'était rien », parce qu'il a cessé de voir le malade, parce qu'il résulte (ceci est le plus extraordinaire) des dépositions de quatre témoins, au moins des trois présens aux opérations antérieures à l'amputation, que l'officier de santé leur fit palper et reconnaître les battemens qui existaient à la tumeur ; que lorsqu'elle fut ouverte, il en sortit du sang caillé et du sang liquide de couleur rouge ; « qu'ils reconnurent que la piqûre existait à l'artère » (ceux qui sans aucun doute ne savent pas encore ce que c'est qu'une artère), qu'ils jugèrent à l'odeur et à la couleur que c'était du sang artériel, (ceux qui sans aucun doute n'avaient pas appris et n'ont pas appris encore à le distinguer du sang veineux) ; et qu'ils ont vu le sang jaillir de l'artère avant l'introduction de la sonde : qu'enfin la *gangrène* survenue, a nécessité l'amputation (ils ont aussi jugé qu'il y avait gangrène, et que cette gangrène nécessitait l'amputation !); attendu tous ces motifs et l'avis contraire de sept chirurgiens ;

Attendu d'ailleurs qu'il est inutile de s'attacher aux petites fioles fournies par Noroy, et aux substances qu'elles contenaient (le premier jugement reprochait à Noroy d'avoir fourni une substance corrosive et d'avoir employé les résolutifs) ; qu'il suffit qu'il les ait fournies pour qu'il demeure constant que, long-temps après la saignée, le malade souffrait beaucoup. (Excellente conséquence ; je vous ai donné une fiole, donc vous souffrez beaucoup) ;

Le tribunal condamne et agrave la peine.

Et c'est dans une ville de premier ordre, c'est par des juges siégeant à trente lieues de la capitale, qu'un jugement pareil est rendu, que des considérans aussi bizarres (nous n'oserions nous servir du mot propre), sont établis ; c'est en ayant sous les yeux une consultation de sept chirurgiens parfaitement bien détaillée et discutée, que ce jugement est porté !!!

En vérité notre profession est à déserter, si nous devons, dans nos actes médicaux être jugés de la sorte ; si, pour appréciateurs de nos opérations on nous donne des paysans et des bonnes femmes, et si des hommes que l'on doit croire éclairés ajoutent plus de foi aux dépositions des ignorans ou d'un homme que la consultation a déclaré incapable, et qui d'ailleurs a manqué à tout devoir légal et même de convenance ; s'ils doivent y ajouter plus de foi qu'en la déclaration approfondie de sept chirurgiens distingués !

Il n'y a plus alors qu'à remettre en vigueur la disposition suivante, du code des Visigoths.

« Si un médecin est appelé, aussitôt qu'il aura vu la plaie ou connu les douleurs ; il ne pourra se charger du malade qu'en donnant caution qu'il le guérira. Si le malade meurt, le médecin sera livré sur le champ aux parens du mort, qui feront de lui ce qu'ils voudront. »

On saurait au moins d'avance à quoi s'en tenir.

—

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Clinique de M. BOUILLAUD.

Érysipèle phlegmoneux sous-cutané de la face et du cuir chevelu ; traitement antiphlogistique énergique ; guérison rapide.

Picault (François), âgé de dix-neuf ans, d'un tempérament lymphatique, vint à Paris à la fin du mois de mars dernier ; depuis ce temps il travaille dans une boutique de corroyeur ; il est habituellement assez bien portant.

Quatre jours après son arrivée à Paris, il fut pris de diarrhée assez forte, qui ne dura que trois jours.

Le 28 avril 1834, violent mal de tête général, accompagné d'un gonflement douloureux des glandes du cou.

Le lendemain, le nez d'abord, puis les joues, devinrent le siége de picottemens et de rougeurs qui bientôt furent suivis, dans ces parties, d'un sentiment de brûlure, et accompagnés d'une teinte brillante et rouge de la peau.

Le troisième jour, l'érysipèle s'étendit aux paupières, aux lèvres, à la totalité du visage et au cuir chevelu. En même temps un mouvement fébrile assez considérable se déclara, et le malade fut dès-lors sujet à une insomnie continue : d'ailleurs point de signes d'embarras gastrique. L'érysipèle continuant sa marche, le malade entra à l'hôpital, salle Saint-Jean-de-Dieu, n. 21, le 5 mai 1834, huit jours après l'invasion de la maladie.

A son arrivée, décubitus dorsal difficile, prostration considérable. Les dents et le bord libre des lèvres sont sèches et couvertes d'un enduit grisâtre ; la langue est aride, fendillée ; ni nausées, ni vomissemens, ni coliques, ni diarrhée. Un enchifrenement très-marqué oblige le malade à ne respirer que par la bouche ; aussi compte-t-on trente à quarante inspirations par minute, et cependant les poumons sont parfaitement sains ; l'haleine est extrêmement fétide. La peau est brûlante, sèche et aride. 104 pulsations. Violent mal de tête accompagné d'insomnie. Urines sédimenteuses, épaisses, troubles et acides.

La peau du cuir chevelu est d'un rouge pâle ; elle blanchit et s'enfonce légèrement sous l'impression du doigt, et ne reprend que lentement sa couleur et son niveau primitif.

La tension des tégumens vers l'occiput rend le décubitus sur le dos presque impossible. Dans le reste de la tête, il y a plutôt un léger empâtement que de la tension.

La peau du front est tendue et d'un rouge luisant et uniforme. Le tissu lâche des paupières est énormément tuméfié et œdémateux, ce qui détermine une occlusion presque complète de l'œil, favorisée d'ailleurs par la sécrétion d'un mucus glutineux du bord libre des paupières. Les narines sont sèches, le nez est considérablement tuméfié, tendu et d'un rouge luisant. Les lèvres sont boursoufflées et les oreilles un peu rouges et luisantes. Une salive abondante découle de la bouche, qui s'ouvre difficilement. Les joues sont énormément tuméfiées, tendues et rosées. Les ganglions lymphatiques du cou, et surtout les glandes jugulaires, sont rouges, douloureuses et tuméfiées. En général, le visage est

d'un rouge pâle, uni et brillant; cette couleur disparaît momentanément par la pression. Les parties envahies par l'érysipèle sont brûlantes; la douleur, extrêmement vive, est cuisante et pongitive; elle s'accroît au plus léger contact, et fait pousser des cris aigus au malade.

Le jour de son entrée, saignée de quatre palettes.

Le 6 mai, à la visite de M. Bouillaud, le malade présentait l'état indiqué ci-dessus. *Deux saignées de quatre palettes* dans la journée, dont une le matin et une le soir. Dans l'intervalle de ces deux évacuations sanguines, application de *vingt-quatre* sangsues sur les parties voisines des points les plus enflammés. *Décoction de chiendent et d'orge édulcorée avec le sirop de gomme, trois pots; lavement huileux; diète.*

Le 7 mai, décubitus dorsal assez faible; prostration disparue en partie. Les lèvres, les dents et la langue sont moins sèches. Les fosses nasales sont un peu moins embarrassées; 25 à 30 inspirations; haleine toujours fétide. La peau est un peu humide, halitueuse et polie; 76 pulsations. La céphalalgie a tombé considérablement; toujours insomnie continuelle. Les urines sont moins épaisses et plus abondantes qu'hier.

La rougeur de la face et du cuir chevelu a pâli beaucoup; la tuméfaction et la tension ont sensiblement diminué. La lèvre supérieure, les sillons naso-labiaux et les joues, se couvrent déjà d'écailles furfuracées. Les paupières, moins tuméfiées, et le mucus palpébral sécrété en plus petite quantité, permettent au malade d'ouvrir les yeux à peu près à moitié. Les glandes cervicales enflammées ont perdu de leur volume et de leur rougeur. La douleur des parties malades est tombée en grande partie, et ne s'exaspère plus autant par la pression.

Le sang tiré de la veine est couenneux; le caillot fibrineux est assez ferme et assez résistant; la sérosité est abondante. *Lavement huileux; fomentation avec infusion de fleur de sureau sur les parties malades; décoction de chiendent et d'orge édulcorée avec sirop de gomme, trois pots; diète.*

Le soir, la fièvre se rallume; alors M. J. Pelletan fait pratiquer *une saignée de 3 palettes*, et appliquer 25 *sangsues* sur les parties voisines de la maladie, pour prévenir la congestion vers la tête.

Le 8, il n'y a plus de prostration. Les lèvres et les dents sont nettes et humides. Des croûtes fuligineuses de la langue sont en partie tombées, celles qui restent encore sont très-humides et peu adhérentes; la langue est rouge à sa pointe et sur ses bords. La respiration par les narines commence à s'opérer, 20 à 25 inspirations. Haleine toujours un peu fétide. Peau polie, brûlante, moite; 96 pulsations. Insomnie; les urines sont citrines, acides; elles rougissent le papier bleu de tournesol, et ressemblent à du petit lait mal clarifié.

Le front et la face sont recouverts de croûtes furfuracées, il existe dans ces parties un gonflement assez prononcé, sans douleur; çà et là se voient encore quelques points légèrement rosés, luisans, et un peu douloureux, surtout par la pression. Les yeux sont moins chassieux, et les paupières sont encore moins agglutinées qu'hier. Le boursouflement des lèvres a sensiblement disparu. Le cuir chevelu n'est plus que légèrement empâté; la céphalalgie est entièrement tombée, si ce n'est à l'occiput et surtout vers la partie supérieure de la région occipito-pariétale, où on sent une espèce de tumeur molasse très-douloureuse à la pression et légèrement rosée; le malade ne peut appuyer cette partie de la tête sur son oreiller sans éprouver d'assez vives douleurs. Les ganglions cervicaux ne sont plus que tuméfiés. Le sang est peu couenneux; le caillot est ferme. *Lavement huileux; fomentations avec infusion de fleurs de sureau; décoction de chiendent et d'orge édulcorée avec sirop de gomme, 3 pots.*

Le soir, le pouls monte à 104 pulsations. *Saignée de trois palettes.*

Le 9, les lèvres et les dents sont nettes; la langue, débarrassée de ses croûtes écailleuses, est humide, un peu saburrale dans le milieu et à la base, et rosée à la pointe. La respiration par les narines devient beaucoup plus facile, et la respiration thoracique est revenue à son type presque normal; 20 à 23 inspirations. L'haleine a perdu sa fétidité. La peau est souple, douce au toucher, et légèrement halitueuse; 76 pulsations.

La nuit dernière, il n'y a point encore eu de sommeil régulier, mais seulement des rêvasseries et de l'assoupissement. Les urines limpides ne sont presque plus acides.

La desquammation fait des progrès sensibles. On ne voit plus de rougeur érysipélateuse; le gonflement et la tension se dissipent d'une manière très-marquée. Cependant il existe toujours de l'empâtement aux joues, aux lèvres, au front et surtout au cuir chevelu de l'occiput; la pression le rend à peine douloureux, si ce n'est à la région occipito-pariétale où il existe une douleur assez aiguë. Les yeux s'ouvrent avec facilité.

Le sang n'est pas couenneux; le caillot est d'une bonne consistance. *Lavement huileux; fomentations avec infusion de fleurs de sureau; décoction de chiendent et d'orge édulcorée avec sirop de gomme, 3 pots; diète.*

Le 10, la desquammation de la face est presque complète; on ne sent plus qu'un léger empâtement à la face, surtout à la lèvre supérieure; l'empâtement de la région occipito-pariétale est encore tant soit peu douloureux. La conjonctive de l'œil droit est un peu rouge; cette rougeur est due aux frottemens que le malade exerce sur ses yeux pour les ouvrir, lorsqu'il se réveille. La respiration par les narines s'effectue presque normalement; 18 à 20 inspirations. La langue est humide, un peu saburrale dans le milieu et à la base, et rosée à la pointe. Le malade demande avec instance des alimens.

La peau est douce et halitueuse comme à son état normal 68 pulsations. Ainsi le mouvement fébrile est entièrement tombé. Le malade a enfin bien dormi toute la nuit dernière. Les urines limpides ne sont plus acides. Même prescription que la veille. *Deux bouillons.*

Le 11 et les jours suivans, la desquammation devient complète, le gonflement du visage disparaît tout-à-fait; l'empâtement douloureux de la région occipito-pariétale se dissipe. La langue se nettoie et reprend son état normal. La respiration par les narines recouvre toute sa liberté.

En un mot, le 14 mai, le malade, bien rétabli, est en

état de sortir de l'hôpital, s'il n'avait point une ophthalmie catarrhale peu active, caractérisée par une injection sanguine extrêmement prononcée de la conjonctive, accompagnée de très-peu de douleur; les bords des paupières sont redevenus chassieux, agglutinés; l'impression de la lumière n'affecte pas désagréablement le globe oculaire. On combat cette ophthalmie par des fomentations d'infusion de fleurs de sureau, des collyres faits avec l'acétate de plomb, enfin par des tisanes rafraîchissantes et des lavemens employés comme dérivatifs.

Enfin, le malade bien guéri, si ce n'est de son ophthalmie, veut sortir de l'hôpital le 17 mai.

Cette observation, intéressante sous plusieurs points de vue, nous offre, dès son invasion, une chose à noter : c'est l'inflammation primitive des ganglions cervicaux.

L'année dernière, dans un autre service, nous avons remarqué ce fait déjà signalé par M. Chomel, que chez les individus lymphatiques ou scrofuleux attaqués d'érysipèle phlegmoneux de la face, ce sont ordinairement les ganglions cervicaux qui s'enflamment les premiers. Il semble que le principe morbide aille de préférence attaquer les systèmes organiques prédominans de l'économie.

La céphalalgie qui avait ouvert la scène, la prostration dans laquelle était tombé le malade à son entrée à l'hôpital, la fuliginosité des dents et de la langue, et la fétidité de l'haleine pouvaient faire croire à une fièvre typhoïde, ou entéro-mésentérite typhoïde de M. Bouillaud.

La marche et l'issue de la maladie ont montré le contraire, ce qui prouve qu'un grand trouble produit dans l'économie peut donner à beaucoup de maladies diverses l'apparence typhoïde. La vive céphalalgie et le grand abattement des malades étaient dus à la congestion, qui se faisait vers le cerveau et les méninges, en vertu de la réaction générale.

Cet érysipèle phlegmoneux sous-cutané de la face et du cuir chevelu était très-considérable, très-intense, et accompagné d'un mouvement fébrile proportionné à la gravité de la maladie locale. L'inflammation si vive du tissu cellulaire sous-cutané faisait craindre l'arrivée de foyers purulens, et consécutivement la gangrène des tissus enflammés, et d'autres suites funestes. On devait craindre aussi que la maladie ne se propageât aux méninges et au cerveau.

Cet érysipèle si intense, quoique durant depuis huit jours, a été *jugulé* dans l'espace de 36 heures, mais à l'aide de quel traitement? Par des émissions sanguines abondantes proportionnées à l'étendue et à l'acuité de la maladie, et pratiquées dans un temps très-court. Or, qui ne sait que rien n'est plus difficile à guérir et à guérir promptement, c'est-à-dire à *juguler*, que les érysipèles phlegmoneux qui ont déjà passé le premier septenaire, en augmentant toujours d'intensité. Je ne pense pas que personne osât prétendre que cet érysipèle était arrivé le 6 mai à son terme de durée ordinaire, et que les efforts de la nature auraient suffi pour l'arrêter là où il était rendu. L'examen le plus léger du malade aurait suffi pour convaincre du contraire l'observateur le moins exercé.

Certainement je ne crains pas de le dire, si dans ce cas on avait employé les boissons émétisées, les frictions mercurielles, les vésicatoires ou la compression, on aurait vu les accidens les plus graves arriver du côté du cuir chevelu et du cerveau. Il faut l'avouer, un traitement antiphlogistique très-énergique convient uniquement pour combattre les érysipèles accompagnés d'une réaction fébrile intense. Les autres moyens que je viens de mentionner combattent avantageusement cet exanthème, seulement dans le cas où la maladie, bornée à la partie dans laquelle elle a pris naissance, n'imprime aucune secousse bien vive à l'économie. Cependant, tous les jours on lit dans les recueils périodiques consacrés à la médecine des observations d'érysipèles graves, qui n'ont point été guéris par les émissions sanguines. Dans ces cas, le traitement n'est en défaut que parce qu'il n'a été manié que par des mains inhabiles ou pusillanimes.

Depuis un mois, la clinique de M. Bouillaud nous a offert un assez grand nombre d'érysipèles de la face, qui tous ont été jugulés dans l'espace de deux à trois jours par un traitement antiphlogistique très-actif.

Au moment où nous écrivons ces lignes, un homme couché au n° 12 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, entre en convalescence d'un érysipèle de toute la face, qui a été jugulé dans l'espace de deux jours. Le bulletin clinique de chaque mois, publié régulièrement par M. le docteur Jules Pelletan, chef de clinique, contiendra probablement un résumé de tous ces faits, que je me contente pour le moment, de signaler d'une manière générale. T. D. P.

GROSSESSE EXTRA-UTERINE.

Gastrotomie pratiquée par M. LAPEYRE, *directeur de l'hospice de la Maternité, avec la coopération de* M. MOULINIÉ, *chirurgien en chef de l'hôpital.*

Madame A... était depuis onze mois soumise aux soins éclairés du docteur Lapeyre. Trois mois environ auparavant, elle recevait ceux d'un autre praticien. Elle avait pensé être devenue enceinte; des douleurs violentes dans la région hypogastrique étaient un symptôme morbide insolite dans ce cas : il était rationnel d'attribuer à un état d'irritation de l'organe gestateur, à son inflammation, les accidens extraordinaires qui se présentaient.

Des sangsues au col de l'utérus furent proposées par le premier médecin appelé, mais rejetées par la malade.

M. Lapeyre étant devenu consécutivement médecin ordinaire, dut faire la thérapeutique des symptômes : les douleurs utérines étaient intolérables; il convenait de les calmer, et l'on n'y parvenait que par de fortes doses d'extrait d'opium (12 grains par jour et au-delà).

Dans cet état de chose, M. Lapeyre réunit en consultation les docteurs Grateloup et Moulinié. Il fut reconnu que le col de l'utérus, loin d'être effacé comme dans l'état de grossesse, était alongé et saillant; il paraissait tuméfié. Cependant au fond et au travers du vagin, on sentait un corps volumineux.

Deux présomptions furent établies; celle d'une grossesse utérine et celle d'une grossesse extra-utérine. Dans la pre-

mière, la saillie et le gonflement du col de l'utérus s'expliquaient par l'état pathologique, la dégénérescence de cette partie, son défaut d'extension pour amener son effacement, et les douleurs atroces que la malade nous affirmait éprouver paraissaient les conséquences naturelles de la distension de la matrice par le fait de la grossesse. Dans la seconde présomption, la cause des douleurs devenait énigmatique.

La perspective d'une opération qui pourrait devenir nécessaire fut dès-lors présentée au mari de la malade, dans le cas que l'existence d'une grossesse extrà-utérine prit confirmation, ou que la dilatation du col de l'utérus devint impossible dans celui de la grossesse utérine.

M. Lapeyre continua à voir la malade; il observa divers phénomènes dont l'exposition serait trop longue pour que l'on ne doive pas ici s'en abstenir. Le ventre, qui avait été très-développé, s'affaissa, des symptômes vagues de grossesse se dissipèrent, et l'on aurait pu renoncer à la croyance d'une grossesse extrà-utérine ou utérine, si on ne s'en fût referé à sa première opinion.

Le 15 mai, MM. Lapeyre et Moulinié furent convoqués chez la malade, à Caudéran. Aucun homme de l'art, aucun aide n'était avec eux; personne n'a donc pu, avec raison, donner des détails de ce qui s'est passé; ce qu'on aurait entendu dire a quelques praticiens serait dénué de fondement.

Le ventre de la malade était livide, semblable aux tégumens qui recouvrent un grand abcès prêt à s'ouvrir. Il y avait tympanite, beaucoup de gaz étant développés dans l'abdomen. On sentait en arrière une masse dure transversalement située, comme seraient les ovaires affectés de squirrhes volumineux.

MM. Lapeyre et Moulinié conférèrent sur le parti à prendre. La malade était dans une débilité extrême: mais il était indiqué d'ouvrir l'énorme tumeur pour donner jour au fluide et au liquide qui pouvaient y être contenus.

Il fut décidé de faire d'abord une ponction exploratrice qui déterminerait le parti à suivre. M. Lapeyre pratiqua une légère ouverture avec le bistouri; il sortit avec bruit du gaz à odeur fétide. Le doigt de l'opérateur fut porté dans l'abdomen, il reconnut les membres d'un enfant. Alors l'incision fut agrandie, on lui donna environ trois pouces de longueur. On alla chercher avec la main les membres inférieurs d'un fœtus, qui fut extrait à l'instant avec la plus grande dextérité. Ce fœtus était en putrilage, son crâne était ouvert, le cerveau réduit en bouillie en était entièrement sorti. Le cordon ombilical et le placenta avaient suivi. Un liquide abondant, uni à la substance cérébrale putréfiée, était renfermé dans le kyste qui contenait le fœtus. Ce mélange putride fut évacué, mais le kyste fut respecté.

Il ne s'est écoulé dans cette opération la moindre quantité de sang, aucun viscère abdominal n'a fait saillie. Or, le péritoine n'a pas été intéressé. Entre un doigt porté dans le vagin et un autre introduit dans le kyste, on sentait l'utérus intact, mais déprimé en bas, et en apparence d'un volume moindre que dans l'état normal. On crut ne pas devoir pratiquer la suture des parois abdominales, vu leur état d'altération et la nécessité d'une ouverture pour l'évacuation complète du kyste ou son extraction, si toutefois elle eût été possible.

C'étaient là les règles que l'on croyait devoir suivre, dans la supposition que la malade pût survivre; mais sa position était tellement grave qu'il n'était permis de fonder aucun espoir. Elle eut de la lipothymie et succomba quelques heures après l'opération.

Le résultat sans doute a été funeste, mais on peut demander: y a-t-il eu écart des principes? restait-il quelque autre chance de salut à la malade? Le médecin encourt-il le blâme, lorsque, au mépris d'une critique injuste, il met en usage une ressource extrême dans un cas désespéré?

(*Bull. méd. de Bordeaux.*)

N° DU 7.

HOTEL-DIEU.

M. SANSON, professeur.

Abcès au-devant de l'aisselle, que sa position empêcha d'ouvrir au point le plus déclive; stagnation du pus; Mort.

La nommée Coffmann (Anne), âgée de trente-neuf ans, d'un tempérament nerveux, d'une faible constitution, ressentit, en faisant un effort pour soulever un fardeau une douleur vive à la partie supérieure latérale droite de la poitrine; elle ne put dès-lors se servir de son bras, fut prise de fièvre, d'inappétence, etc., et entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, le 26 décembre 1833, huit jours après l'accident.

Une tuméfaction profonde, douloureuse, sans changement de couleur à la peau, et sans saillie marquée à sa partie moyenne, se faisait remarquer au-dessous de la clavicule droite. Des nausées, de la fièvre et des frissons irréguliers se joignant à la douleur locale, fatiguaient beaucoup la malade, ainsi qu'un asthme, auquel du reste elle était auparavant sujette. Malgré ces symptômes, comme il n'y avait encore aucune apparence de fluctuation, et sans doute aussi par la considération des dangers auxquels devait l'exposer un abcès aussi profond s'il venait à se former, on ne négligea rien pour faire avorter cet engorgement inflammatoire. Une saignée avait été faite au commencement; on lui fit de plus, en cinq jours, quatre applications de quinze ou vingt sangsues accompagnées d'autant de bains qu'elle put en supporter; on put se flatter pendant quelque temps d'avoir obtenu de l'amélioration; mais bientôt la tension se prononçant de plus en plus, la douleur et la tuméfaction augmentant de même, ne laissèrent plus de doute sur la terminaison de l'inflammation par suppuration, et dès le 2 janvier la fluctuation fut sensible.

M. Sanson étudia alors la position de cette tumeur, et l'on put voir que, développée entre les deux portions du grand pectoral, elle avait chassé l'artère axillaire devant elle, et l'avait repoussée en avant et en dehors, lieu où l'on sentait ses battemens; son origine avait donc été très-profonde, et elle était séparée de l'extérieur par le fascia coraraco-claviculaire et le muscle grand pectoral, ainsi que le petit pectoral à la partie inférieure; aussi la peau avait été jusque-là

soustraite, par son éloignement, à l'inflammation, qu'elle n'avait pas encore partagée. Il n'en était pas moins indiqué de donner promptement issue au pus, car si la profondeur de la collection purulente avait empêché qu'elle ne fusât sous l'aisselle, l'épaisseur des parties qui la séparaient de la peau devaient faire craindre qu'avant de s'en approcher, elle n'eût le temps, soit de pénétrer dans la poitrine, soit au moins de se répandre dans le médiastin antérieur.

En conséquence, quoique la peau fût à peine rouge, M. Sanson se décida à faire, le 6 janvier 1834, en dedans de l'artère axillaire, une incision de deux pouces et demi, qui mit à découvert le grand pectoral. Ce muscle fut incisé verticalement, et lorsqu'on fut parvenu sur le petit pectoral, on fit de même une petite incision qui donna issue à un flot de pus, et fut de suite aggrandie avec le bistouri boutonné. Quoique l'ouverture n'eût pu être faite dans le point le plus déclive, à cause de la concentration du pus au-devant de l'aisselle, la longueur de l'incision, qui fut ainsi étendue à dessein, permit au pus de sortir librement, et sans avoir presque besoin de pression. Il était blanc, bien lié, d'une odeur et d'une consistance de bonne nature; sa quantité n'était pas très-considérable. Une mèche interposée entre les lèvres de l'incision, ne leur permit pas de se réunir. La malade qui, sur le moment, avait été soulagée par l'évacuation du pus, ne passa néanmoins pas une bonne nuit; l'inquiétude, l'odeur inaccoutumée de la suppuration, lui donnèrent de l'agitation et du dévoiement.

Le 7 au matin, elle se plaignait en outre de nausées et d'un point douloureux à la partie postérieure et droite de la poitrine. Le pus, quoiqu'il n'eût pas été retenu, semblait séreux et un peu odorant; une boisson gommeuse, un lavement amylacé, firent cesser le dévoiement. On combattit le point douloureux par l'application de dix sangsues, et le 8, la malade était dans un état assez satisfaisant sous tous les rapports; le dévoiement recommença vers le soir, et la fatigua beaucoup dans la nuit.

Le 9 elle était très-affaiblie; la sécheresse de la langue, les nausées, suivies de quelques vomissemens, et l'inappétence continuelle, la mettaient dans un état de souffrance et d'agitation inquiétante; on lui donna le soir un lavement laudanisé qui procura une bonne nuit.

Le 10, comme elle se trouvait de plus en plus incommodée de l'odeur de la suppuration; on lava la plaie avec de l'eau chlorurée, dont on arrosa aussi son lit plusieurs fois dans la journée; la nuit fut encore très-mauvaise, et la malade tourmentée par de fréquentes envies de vomir.

Le 11 on supprima la mèche et le cataplasme; et, pour faciliter l'écoulement du pus, qui paraissait avoir de la tendance à s'accumuler sous la lèvre externe de la plaie, on plaça sur ce point et sous l'aisselle un tampon de linge maintenu par un bandage en spica, serré, pour rapprocher les parois du foyer.

Malgré ces soins, la malade s'affaiblissant chaque jour, eut, le 14 janvier, l'idée de communier; et comme le vin qu'on lui avait donné pour faire passer l'hostie lui avait semblé bon, elle en désirait encore une ou deux cuillerées qu'on lui permit. Elle se releva par degrés de cet épuisement qui avait fait concevoir des inquiétudes, et le 16 janvier elle se trouvait dans un état assez bon, le dévoiement et les nausées ayant cessé, et les forces revenant peu à peu. Cependant, comme le pus s'accumulait toujours profondément, à cause de la difficulté de tenir rapprochées l'une de l'autre les parois du foyer, M. Sanson aurait désiré que la collection se fît jour vers l'aisselle, afin de pouvoir faire là une contre ouverture qui, se trouvant placée au point déclive, eût certainement suffi pour assurer l'évacuation complète et rapide de ce foyer, que la compression la mieux exercée ne pouvait réussir à vider.

Pendant quelques jours, la malade accusa un peu de douleur au creux de l'aisselle, et, de plus, vers le bord axillaire de l'omoplate; mais, examinée chaque jour avec soin, cette région n'offrit ni changement de couleur, ni empâtement; une sonde cannelée introduite par la plaie et dirigée dans ce sens, ne put jamais parvenir à soulever la peau, et la douleur ne fit pas de nouveaux progrès: une contre-ouverture dans ce point était donc impossible.

A partir du 28, la nécessité de cette contre-ouverture se faisant plus vivement sentir, à cause de la gravité des accidens généraux qui avaient repris plus d'intensité, on cessa le spica et la compression dans l'espoir que le pus stagnant dans le foyer tendrait au moins par son poids, à se porter à la partie inférieure, mais cet espoir fut encore trompé.

A partir de ce jour aussi, on essaya de faire lever la malade et de la promener sur un fauteuil pour lui rendre un peu de forces, et, quoique les premiers essais eussent provoqué quelques vomissemens, elle s'en trouva cependant bien et recouvra un peu de sommeil, mais la langue resta toujours brune et sèche, et l'appétit ne revint pas.

Les accidens étant dûs évidemment à la stagnation du pus et à l'altération qui en était le résultat, l'impossibilité de faire une contre ouverture décida à aggrandir celle qui existait déjà; on fut arrêté une première fois par les cris et la sistance de la malade; mais le lendemain 5 février, on commença par débrider en bas, et le doigt pouvant alors passer par cette ouverture aggrandie, reconnut bien que le foyer se prolongeait surtout en dehors. Ayant bien constaté la situation des artères, on incisa transversalement, à deux reprises, et avec beaucoup de ménagement, sur la lèvre externe de la plaie, formée par le petit pectoral, et dans l'épaisseur de laquelle se trouvait la mammaire externe, et le pus sortit aussitôt en plus grande quantité; aucune hémorrhagie ne suivit ce débridement. Quoique le pus dût trouver dès lors une plus libre issue, et qu'on eût depuis quelques jours commencé à donner à la malade *quelques grains d'extrait sec de quinquina* tous les matins, les parois mobiles et écartées du foyer n'étant pas dans des conditions favorables pour permettre leur juxtà-position, le pus trouvait toujours moyen de s'accumuler dans l'intervalle d'un pansement à l'autre, et la malade éprouvait alors une suffocation accompagnée de toux, qui cédait, ou du moins diminuait en grande partie lorsqu'on expulsait le pus qui l'avait provoqué. Il y avait, en outre, dans ces circonstances, une sensation de plénitude, de distension douloureuse dont on ne pouvait se faire bien rendre compte, mais dont le siége répondait constamment au côté de la poitrine affecté. Les forces diminuèrent rapidement en même temps que la suffocation prenait chaque jour plus d'intensité.

Je dois faire remarquer ici que jamais et surtout dans les

derniers pansemens, il n'y a eu, par l'ouverture extérieure, ni écoulement, ni suintement sanguin, quoique chaque fois on fit sortir tout le liquide accumulé pendant les intervalles d'un pansement à l'autre.

L'avant-veille de la mort, le doigt introduit profondément dans tous les sens, fut retiré baigné de matière purulente seulement.

Le malade avait, le 12 au matin, une dyspnée intense qui avait cependant un peu diminué, lorsqu'elle succomba à deux heures.

Autopsie. L'état des membres et des traits de la face, et l'amaigrissement profond et général rendaient bien compte de cette mort survenue sans lésion apparente d'aucun organe essentiel à la vie. La première chose qui frappa les yeux à l'ouverture du foyer, fut un caillot sanguin résultant de l'épanchement dans cette cavité d'une cuillerée environ de sang, dont on trouva la source dans une perforation de la veine axillaire; mais comme on fut obligé, pour découvrir ce vaisseau, de luxer la clavicule dans son articulation avec le sternum, les mouvemens et les tiraillemens nécessairement produits par cette désarticulation donnèrent lieu à un épanchement plus considérable, qu'il ne faut pas confondre pour la quantité avec celui qui fut observé primitivement. La paroi antérieure de l'abcès était très-amincie. Quant au foyer lui-même recouvert d'une membrane pyogénique bien apparente, il s'étendait en bas jusqu'au sixième espace intercostal; en haut il remontait profondément derrière la clavicule, et jusqu'au niveau du sommet du poumon; en dedans, il était plus circonscrit, mais en dehors, il s'était étendu derrière le petit pectoral et entre les deux muscles de même nom, et fusant entre le grand dentelé et le sous-scapulaire, il avait gagné le milieu de la fosse sous-scapulaire où il s'était arrêté. Quant à la paroi thoracique, les muscles intercostaux externes et internes dénudés étaient amincis et disséqués; le quatrième, mais surtout le troisième espace intercostal, offrait la plèvre costale à découvert et adhérente seulement par quelques points à la quatrième côte. Elle n'était perforée en aucun point, mais elle avait des adhérences solides, quoiqu'assez récentes, avec la plèvre pulmonaire qui avait été attirée en dehors. Le contour de ces adhérences correspondait avec la limite de la dénudation extérieure de la plèvre costale, de manière à ce que, s'étendant comme elle, et suivant exactement ses progrès, l'épanchement du pus dans la cavité de la plèvre aurait été sûrement prévenu, à quelque époque et dans quelque point qu'il eût eu de la tendance à se faire. On observait encore sur la plèvre diaphragmatique, des adhérences, mais antérieures à la maladie présente.

Les poumons étaient parfaitement sains dans toute leur étendue; il en était de même du cerveau et de tous les autres viscères, excepté l'intestin grêle qui présentait, près de sa terminaison, de la rougeur et une arborisation près de se convertir en ecchymose.

N° DU 10.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. DUPUYTREN; professeur.

Hernie ombilicale, étranglement interne par un rétrécissement squirrheux de l'intestin grêle; réduction de la hernie; persistance des accidens d'étranglement; mort; autopsie.

Elisabeth Françoise, femme Trousseau, âgée de cinquante-deux ans, d'une forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, portait depuis vingt ans une hernie ombilicale survenue à l'occasion d'efforts pendant l'accouchement.

La hernie avait le volume d'un œuf de poule, n'avait jamais été maintenue par un bandage, et dans plusieurs occasions, avait fait éprouver à la malade de graves accidens par suite de son étranglement.

Jusqu'au 10 mai dernier, ces accidens avaient cédé à quelques moyens généraux; repos, bains, cataplasmes, sangsues, etc.

Mais ce jour-là, vers midi, la malade fit un faux pas, et dans les efforts qu'elle tenta pour ne pas tomber, elle entendit un craquement dans la région ombilicale, et ressentit une très vive douleur dans cet endroit. Elle fut immédiatement prise d'accidens d'étranglement, tels que nausées, rapports, hoquets, vomissemens bilieux, etc. Voyant que les accidens persistaient malgré l'emploi de ses moyens ordinaires, elle se fit transporter à l'Hôtel-Dieu, où elle fut reçue le 8 mai, et couchée au n. 24 de la salle Saint-Jean.

L'interne de garde qui la visita, fit quelques tentatives de réduction, et les seconda de bains, d'applications de sangsues, de cataplasmes émolliens.

La malade, après le bain, parut soulagée; elle observa que pendant qu'elle y était plongée, ses douleurs avaient beaucoup diminué, les vomissemens avaient cessé et ne se renouvelèrent pas pendant le courant de l'après-midi.

A huit heures du soir, le même jour, de nouveaux accidens se manifestèrent. Comme cette malade n'avait rendu par le bas ni matières fécales, ni gaz stercoraux depuis l'apparition des premiers symptômes, on sollicita les selles par quelques demi-lavemens, et elle passa une nuit assez tranquille.

Le lendemain, à la visite du matin, la hernie s'enflamma, devint douloureuse, et les coliques augmentèrent d'intensité. On prescrivit un bain, une nouvelle application de sangsues, et on attendit l'effet de ces moyens.

Le deuxième jour, à la visite, la malade était dans l'état suivant: sueur froide, œil brillant, pommettes colorées, visage crispé, exprimant la souffrance; pouls faible, lent, ventre peu tendu, mais douloureux vers la région ombilicale; plaintes faibles et continuelles.

La tumeur herniaire était élastique, sans changement de couleur à la peau; si on faisait quelques tentatives de ré-

duction, elle rentrait en partie; mais les cessait-on, elle reprenait son premier volume.

Dans le courant du troisième jour, elle parut rentrer; quelques matières stercorales furent rendues par l'anus. Cette légère amélioration fit espérer un instant que la malade échapperait à de nouveaux accidens; il n'en a pas été ainsi, le soir du quatrième jour les symptômes ont augmenté, et la malade a succombé.

Le professeur a voulu, pour l'instruction des élèves, que l'autopsie fût faite à la clinique.

Une incision circulaire a permis de soulever les parois de l'abdomen et de reconnaître la nature du mal auquel la malade avait succombé.

Il n'existait pas de pus, pas d'épanchement de matières stercorales.

La portion d'intestin grêle qui formait la hernie, et qui était cachée en quelque sorte dans l'épaisseur graisseuse des parois abdominales, était d'un rouge-brun dans l'étendue de deux pouces et demi, mais non gangrenée.

M. Dupuytren paraissait regretter de n'avoir pas pratiqué l'opération, lorsque l'interne des autopsies, M. Teissier, en examinant le bout inférieur de l'intestin, trouva la cause sans cesse renaissante de la hernie.

Il existait en effet au-dessous de cette portion d'intestin, qui était rouge, ecchymosée dans plusieurs points, et livide et plus noire dans d'autres, il existait, disons-nous, un épaississement comme squirrheux des membranes, épaississement qui était parvenu au point d'apporter obstacle au cours des matières stercorales.

(C'est à une maladie de ce genre, à un rétrécissement squirrheux du rectum, qu'a succombé Talma.)

On a pu se rendre compte alors de la cause des accidens secondaires chez la malade de Saint-Jean, et de la mort qui en avait été la suite funeste.

En terminant l'histoire de cette femme, on se demande, si, dans une occasion semblable, et en supposant que l'on eût connu la cause des accidens secondaires, on n'eût pas pu (ainsi que l'ont conseillé et fait Hévin et Scarpa) attirer au-dehors la portion d'intestin rétrécie, couper l'anse intestinale à l'endroit de la constriction, et établir ainsi chez cette malade un anus contre nature.

Il eût été préférable, dans tous les cas, d'employer ce moyen incertain plutôt que d'abandonner la malade à une mort certaine.

Hernie inguinale double; étranglement interne, produit par des brides formées par le péritoine qui, d'espace en espace, comprimaient l'intestin; mort; autopsie.

Vingt-quatre heures après l'entrée de la malade dont nous venons de rapporter l'histoire, a été admis à l'Hôtel-Dieu le 9 mai dernier, Apché (Baptiste), âgé de 42 ans, d'une taille développée, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne constitution.

Cet homme, qui exerçait l'état de porteur d'eau, avait été reçu, deux jours avant son admission à Sainte-Marthe, dans une salle de médecine de l'Hôtel-Dieu.

Le médecin de ce service reconnut, après un examen attentif, que le malade était affecté d'une hernie compliquée d'étranglement, et il le fit passer dans le service de M. Dupuytren.

Le 9 mai, à la visite du matin, ce malade était en proie aux symptômes suivans.

Nausées, hoquets, rapports, vomissemens bilieux. Les pommettes étaient colorées; son corps était couvert de sueur, fièvre ardente, douleurs générales dans l'abdomen.

En soulevant ses couvertures, en découvrant l'abdomen, on observait:

1° Une tumeur bosselée assez dure dans la fosse iliaque *droite*.

2° Dans la région iliaque *gauche* il existait, vers l'anneau inguinal, une petit tumeur assez molle que l'on réduisit facilement.

Les accidens d'étranglement ayant persisté, malgré cette restitution apparente de l'intestin dans le ventre, on dut croire un instant à un étranglement par le collet du sac; et le professeur s'est demandé s'il devait opérer.

Dans ce cas, sur quel côté devait-il agir?

La hernie existait primitivement du côté gauche, et les accidens les plus graves paraissaient venir du côté droit.

Dans cette alternative, le chirurgien a préféré recourir encore aux moyens généraux employés dans le cas d'étranglement interne.

Dans la thérapeutique ancienne, a-t-il dit, on trouve une foule de moyens accumulés sans choix.

Au milieu de tous, l'emploi du mercure a eu quelques succès. Mais on ne peut acquérir une certitude complète de l'espèce d'étranglement auquel on a à faire: qu'une bride, qu'un diverticulum en soient la cause; que feront le mercure et les balles de plomb qui n'agissent, au dire de ceux qui les vantent, que par leur propre poids? rien que du mal.! Car, si l'inflammation qui existe dans ce point a ramolli les membranes de l'intestin, le poids du mercure les déchirera, et les matières s'épancheront dans le ventre.

Le seul traitement utile et rationnel, celui qui pouvait calmer les douleurs en détruisant l'inflammation, a du être employé.

Nous avons donc fait appliquer *des sangsues, des cataplasmes*, et le malade a paru éprouver un peu de calme.

Le lendemain, à la visite, le malade avait la parole difficile, la respiration courte, le pouls lent, la face hippocratique; continuation des moyens précédemment employés.

Le troisième jour, tous les accidens d'étranglement ont reparu: nausées, hoquets, rapports, vomissemens bilieux, etc. On combattit encore ces graves symptômes par de nouvelles saignées locales.

Le cinquième jour, le malade avait maigri; le trait nasal s'était prononcé; de temps à autre il sommeillait, et ce temps de repos a duré plusieurs heures.

Cet état de tranquillité apparent fit craindre une gangrène. Cet accident grave s'annonça bientôt par une évacuation spontanée et assez abondante de matières fécales par l'anus. Il n'était plus douteux que la gangrène avait amené la rupture d'une anse intestinale.

Enfin le malade fut affaibli de plus en plus, et a expiré le neuvième jour.

L'inspection anatomique des parties a révélé enfin la cause des accidens.

On a trouvé des adhérences non-seulement sur le point où l'étranglement n'avait pas lieu, mais aussi sur l'endroit où il était produit; adhérences qui avaient formé des espaces vides, des arcades, des anneaux, où l'intestins grêle s'était engagé pendant les efforts que le malade avait faits.

Ces brides, qui sont certainement les causes les plus fréquentes de l'étranglement, paraissaient dues chez ce malade à une ancienne péritonite générale, produite par l'étranglement des hernies en plusieurs occasions. Il y avait adhésion des viscères entre eux, mais particulièrement des intestins.

L'anneau inguinal gauche comprimait une anse d'intestin que le professeur avait crue réduite, et qui était au contraire unie au sac herniaire par des adhérences.

Pendant la vie, on se rappelle qu'il existait chez ce malade, dans l'hypochondre droit, une assez large tuméfaction douloureuse. En examinant ce côté à l'autopsie en dégageant les circonvolutions intestinales, on a trouvé plusieurs perforations au cœcum qui avait donné lieu à l'épanchement, à l'écoulement subit de matières fécales dont nous avons parlé. Les intestins étaient ballonnés, recouverts dans leurs intervalles d'une légère exsudation jaunâtre qui s'enlevait facilement.

En éloignant les anses intestinales, on vit que de la surface externe des circonvolutions supérieures partaient des brides arrondies qui venaient se rendre en travers vers le milieu du flanc gauche : les portions étranglées étaient rouges; ecchymosées dans plusieurs points.

M. Dupuytren, après cette autopsie, s'est demandé ce que l'on eût pu faire pour ce malade.

En supposant encore, a-t-il dit, que nous eussions pu détruire une bride formant étranglement, aurions-nous pu couper toutes celles qui existaient à la surface des intestins!

Pour calmer et apprécier les chances qu'offait l'opération, il faut que l'on tienne un compte exact et rigoureux des altérations que nous avons rencontrées.

M. Dupuytren a promis, en terminant, de soulever dans quelques jours la question grave des cas où l'on doit opérer.

Nous désirons vivement qu'elle soit résolue par cet habile praticien. L'anatomie pathologique a démontré que dans un grand nombre de cas, l'opération eût inévitablement soustrait à la mort beaucoup de malades.

N° DU 14.

BULLETIN.

Singulière question médico-légale.

Un de nos abonnés nous propose la question suivante, que nous transcrivons textuellement :

« Un médecin requis par un citoyen pour le visiter et constater par certificat l'état de ses blessures, etc., doit-il légalement présenter lui-même au maire de la commune ce même certificat pour le faire légaliser, ou bien est-ce à la partie plaignante à faire régulariser cette pièce? »

Nous ne concevons aucun cas dans lequel le médecin soit tenu de remplir cette formalité, et nous ne pouvons entrevoir quelle peine, quelle réprimande pourrait lui valoir cette omission. Le certificat est destiné à servir à la partie plaignante, et il ne serait pas moins ridicule de vouloir forcer le médecin à faire légaliser lui-même sa signature, que de contraindre le maire à faire légaliser la sienne par le sous-préfet, ainsi de suite. Le devoir du médecin se borne à déclarer par écrit, si on le lui demande, ce qu'il vient d'observer, son opinion sur la nature ou la durée, ou la gravité d'une blessure; mais cette déclaration faite et signée, rien ne peut le distraire de ses occupations, nul ne peut exiger de lui un travail de commissionnaire.

Nous n'eussions certainement pas insisté sur cette question, à peine aurions-nous cru devoir la livrer à la publicité, si depuis quelque temps les tribunaux ne nous avaient habitué à de singulières interprétations, à des décisions bizarres, et si tout récemment nous n'avions pas vu condamner dans deux juridictions un confrère coupable d'avoir tiré d'une veine un sang qui *brouait* ou *bruissait:* d'avoir, au jugement de paysans et de clercs d'huissier, piqué une artère, déterminé une gangrène du bras et forcé ainsi à une amputation que la clairvoyance de ces messieurs avaient jugé indispensable.

Ce médecin avait bien en sa faveur une consultation de sept chirurgiens distingués, qui résolvait les mêmes questions par la négative, qui transportaient le blâme sur un opérateur assez peu pénétré des devoirs de sa profession pour pratiquer une opération majeure sans l'avis, sans l'assistance d'un confrère, sans avoir même prévenu celui qui avait fait la saignée; mais qu'importe! un clerc d'huissier, de bonnes femmes, avaient déclaré que le sang brouait ou bruissait, qu'il avait une couleur *extraordinaire*, qu'on l'avait jeté par la fenêtre, que l'artère avait été piquée et que la gangrène existait... Et M. Thouret-Noroy était condamné avec aggravation de la peine. (V. n° du 5 juin 1834.)

Ne pourrait-on pas aussi trouver quelqu'article de loi, quelqu'obligation de convenance qui nous forçat non-seulement à signer des certificats, mais encore à faire nous-mêmes légaliser nos signatures, fallut il se transporter à une ou deux lieues, tandis que le plaignant et ses co-intéressés, dans l'intérêt de qui la déclaration est faite, attendraient paisiblement chez eux le retour du commissionnaire!!

Avis donc à notre confrère; qu'il se tienne en garde contre la bonne volonté du parquet et de la justice.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de M. BAUDELOCQUE.

Rhumatisme articulaire aigu, compliqué de pleurésie et de péricardite: émissions sanguines au début, puis tartre stibié à haute dose, mort. Exsudation de la plèvre diaphragmatique gauche et des deux feuillets du péricarde, rougeur de la muqueuse intestinale, lésion des follicules isolés, traces d'une ancienne affection tuberculeuse terminées par la guérison.

Bastard (Joseph-Philippe), âgé de quatorze ans, transporté à l'hôpital le 26 octobre, accuse cinq jours de maladie. Né d'un père rhumatisant, doué d'une forte constitu-

tion, il habite Paris depuis dix-huit mois, exerce la profession de cordonnier, et travaille dans un atelier situé au rez-de-chaussée.

Depuis son arrivée à Paris, il n'avait pas éprouvé le moindre malaise, et n'avait jamais ressenti la plus légère atteinte de rhumatisme, quand, dans la nuit du 21 au 22, sans cause connue, il fut pris d'une douleur vive de l'articulation tibio-tarsienne droite. Il se leva cependant, et continua à se livrer à ses occupations.

Le lendemain le pied gauche fut envahi par la douleur, qui, les jours suivans, gagna les articulations des membres supérieurs.

Le malade s'alita le troisième jour, et prit du vin chaud sucré.

Le quatrième jour, douleurs vives des articulations affectées, fièvre intense, insomnie.

Le cinquième jour, douleur du côté gauche de la poitrine, anxiété, dyspnée; entrée à l'hôpital. *Saignée du bras* dans la soirée. Caillot ferme, sang non recouvert de couenne. 136 pulsations et 64 inspirations avant la saignée.

Le 27, sixième jour de la maladie, Bastard nous offre l'état suivant : décubitus dorsal, face exprimant l'anxiété, la souffrance; peau chaude, moite; pouls dur, fréquent, régulier, battant 124 fois par minute; douleur, gonflement et rougeur des articulations tibio-tarsiennes droite et gauche; les autres articulations des membres supérieurs et inférieurs ne donnent aucun signe de souffrance; douleur du côté gauche de la poitrine, augmentant par la toux et les fortes inspirations; la percussion du thorax est douloureuse, le son est normal, tant dans la région précordiale que dans les autres parties du thorax; la respiration est courte, incomplète, accompagnée de quelques bulles de râle muqueux, plus nombreuses au sommet qu'à la base; pas d'égophonie ni de bronchophonie; langue large et humide, couverte d'un enduit blanchâtre; soif médiocre, anorexie, ventre souple et indolent, pas de selle depuis trois jours. *Nouvelle saignée de 8 onces, oxymel, frictions des articulations malades avec le baume tranquille; lavement émollient.*

Le caillot est ferme et à bords retroussés, et recouvert d'une couenne épaisse.

Le soir, 128 pulsations, dyspnée intense, douleur du genou droit.

Le 28, les articulations de pied et du genou droit ne sont plus le siége d'aucune douleur; elles ne présentent que de la tuméfaction sans rougeur; l'épaule et le coude du côté droit sont très-douloureux; on ne peut imprimer le plus léger mouvement à l'extrémité supérieure droite, sans arracher des cris au malade. Il accuse une douleur du côté droit de la poitrine, qu'il reporte au niveau des dernières fausses côtes; pouls à 124; 36 inspirations par minute; parole haletante, dyspnée, toux peu fréquente, râle sibilant et résistant à droite et à gauche; expectoration nulle, voies digestives en bon état. Persistance de la constipation; le lavement donné la veille n'a pas été rendu. *Tartre stibié, 4 grains dans une potion aromatique*, à prendre par cuillerées, de deux heures en deux heures.

Le 29, un vomissement et trois évacuations liquides ont lieu dans la journée. Le matin la peau est moite, le pouls bat 120 fois par minute, il est régulier; la langue offre toujours le même enduit; ventre indolent, douleur et tuméfaction de toutes les articulations du bras droit, douleur de poitrine moins vive. Même dose de tartre stibié.

Le 30, pas de nausées ni de vomissemens; une seule évacuation, ventre souple et indolent; douleur, gonflement et rougeur des articulations des poignets et des mains. Les pieds sont douloureux; la douleur du côté droit de la poitrine a disparu, et s'est manifestée à gauche; toux humide, sans expectoration; anxiété, dyspnée; pouls à 108 pulsations régulières 6 *grains de tartre stibié.*

Le 31, tolérance complète. Pas de selles ni de vomissemens. Douleur et tuméfaction des deux pieds. La douleur des articulations du membre supérieur droit est moins vive. Le poignet gauche est douloureux et tuméfié. Anxiété, dyspnée, parole entrecoupée. Persistance de la douleur du côté gauche; résultats négatifs fournis par l'auscultation et la percussion de la poitrine; pas de saillie anormale de la région précordiale. Même prescription.

Le 1er novembre, amélioration notable; les douleurs sont peu vives. L'anxiété et la dyspnée ont disparu. La peau est moite, sa chaleur peu élevée. Le pouls est descendu à 100 pulsations, et la respiration à 28. Même prescription. *Bouillon coupé.*

Le 2 novembre, pas de nausées ni de vomissemens, une seule selle sans coliques; ventre indolent dans tous les points; douleur et gonflement des deux pieds, des deux poignets et du coude droit; 108 pulsations, 36 inspirations. La douleur du côté gauche a disparu. Même prescription.

Le 3, pas de changement notable.

Le 4, douleur et tuméfaction des deux pieds, des deux articulations radio-carpienne et de l'épaule gauche; trois selles liquides, douleur de ventre à la pression, langue rouge, ayant de la tendance à se sécher; exaspération de la fièvre. On supprime les bouillons et on continue le *tartre stibié à la dose de 6 grains.*

Le 5, la diarrhée persiste; le ventre est toujours douloureux à la pression; il est bien conformé du reste, et n'offre pas de météorisme. Les douleurs des articulations sont nulles dans l'état de repos, elles ne se font sentir que lorsque le malade veut exercer quelques mouvemens. La face n'est pas altérée, le pouls est régulier et bat 120 fois par minute. Sauf les légers accidens qui se sont manifestés du côté des voies digestives, l'état du malade paraît meilleur. Tel est l'ensemble des symptômes que nous constations chez lui de dix à onze heures du matin; à midi il avait cessé de vivre.

Nécropsie, 22 heures après la mort.

Habitude extérieure. Embonpoint assez considérable; pâleur générale des tégumens, rigidité cadavérique très prononcée, légère tuméfaction des articulations tibio-tarsiennes et radio-carpiennes. Lorsqu'on met à nu la membrane synoviale, on voit qu'elle contient dans sa cavité une petite quantité de sérosité lactescente et quelques flocons albumineux. Ce liquide n'a ni l'aspect, ni la consistance du pus. La

synoviale elle-même ne présente ni injection, ni solution de continuité, ni changement de consistance.

Tête. Le cerveau et les meninges ne présentent aucune altération appréciable. Pas d'injection des vaisseaux de la périphérie, pas d'infiltration du tissu cellulaire sous arachnoïdien, pas de piqueté de la substance cérébrale, dont la consistance est naturelle.

Poitrine. Le larynx et la trachée ne présentent rien de remarquable. La muqueuse bronchique est rouge par plaques. Le poumon gauche adhère à la plèvre costale à l'aide de fausses membranes anciennes au sommet. Une exsudation albumineuse recouvre la plèvre diaphragmatique du même côté, ainsi que la base du poumon ; cette exsudation est de formation récente Les deux lobes du poumon sont crépitans ; ils sont perméables à l'air dans la plus grande partie de leur étendue, et ne présentent qu'un léger engouement de la partie postérieure. Le poumon droit offre également quelques adhérences. On observe le même engouement de la partie postérieure. Le lobe supérieur de ce poumon présente, vers son sommet, une petite excavation à laquelle aboutissent des bronches oblitérées, et qui est tapissée par une fausse membrane cartilagineuse. Autour de cette excavation, existent quelques tubercules crétacés. On en trouve aussi quelques uns dans les ganglions bronchiques, dont le volume est du reste normal.

Le péricarde contient une petite quantité de sérosité séro-sanguinolente (une cuillerée à café environ). Mais les deux feuillets de cette membrane sont le siége d'une exsudation pseudo-membraneuse au moyen de laquelle ils adhèrent entre eux. Les adhérences sont faciles à vaincre. Les fausses membranes présentent à peine quelques traces d'organisation, elles sont évidemment de formation récente. Injection des parties sous-jacentes. Caillot fibrineux dans les cavités droites ; sang liquide dans les cavités gauches.

Abdomen. Rougeur générale et peu vive de la muqueuse gastrique avec épaississement et légère diminution de sa consistance. Teinte rosée du duodénum qui est plus marquée sur le bord libre des valvules. A mesure qu'on approche de la moitié inférieure de l'intestin grêle, la rougeur devient plus vive, et la consistance est diminuée. Dans toute l'étendue de l'iléon on aperçoit une multitude de petites saillies, ombiliquées à leur partie supérieure, offrant l'aspect de cryptes ulcérés ou de pustules varioliqeus. Rougeur du colon transverse. État sain du reste de la muqueuse intestinale.

Foie, rate et reins gorgés de sang. Quelques tubercules crétacés dans les ganglions mésentériques.

Ce sujet nous a présenté plusieurs lésions qu'il avait été à peine permis de soupçonner pendant la vie. Reprenons l'analyse des principales circonstances de cette observation. La maladie primitive a été l'affection rhumatismale. Les symptômes n'ont laissé aucun doute sur ce point.

La rougeur et le gonflement des articulations, la mobilité des phénomènes inflammatoires, qui se sont montrés sur plusieurs articulations, les ont abandonnées ensuite, puis y ont reparu de nouveau ; en voilà plus qu'il ne faut pour caractériser le rhumatisme articulaire.

Quant à la péricardite, elle a été complétement latente pendant le temps que le malade a été soumis à notre observation. Les caractères anatomiques qu'elle a présentés ne nous permettent pas de douter que son développement coïncidât avec l'apparition de cette douleur vive du côté gauche du thorax, qui se manifesta le quatrième jour de l'invasion du rhumatisme. Cette douleur fut mobile comme les phénomènes ed l'affection rhumatismale. Tantôt elle siégeait au niveau de sein gauche, tantôt au niveau des dernières côtes asternales. Tantôt elle affectait le côté gauche, tantôt elle siégeait à droite. Du reste, pas de saillie anormale de la portion du thorax qui correspond au cœur. Jamais d'irrégularité ni d'intermittence du pouls ; jamais de syncope. La complication de pleurésie contribuait encore à masquer la péricardite. Du reste, l'état du malade paraissait s'amender. Rien n'annonçait une terminaison fâcheuse, quand il succomba subitement. Nous ne pûmes attribuer qu'à une syncope mortelle cette terminaison si brusque, si inopinée.

Il est impossible de ne pas rattacher à l'action du tartre stibié les diverses altérations de la muqueuse digestive Sous l'influence de cette médication, des évacuations par haut et par bas eurent lieu le premier jour, mais les jours suivans la tolérance fut complète. Les voies digestives étaient en très-bon état, lorsque le malade commença l'usage de la potion. Dans les deux derniers jours qui précédèrent la mort, il survint de nouvelles évacuations accompagnées de coliques ; le ventre devint douloureux à la pression. Et à l'autopsie, outre la rougeur et la diminution de consistance de la muqueuse gastro-intestinale, nous avons constaté l'existence d'une éruption, qui semblerait se rapprocher de celle qu'on produit avec le tartre stibié appliqué sur la peau.

Enfin pour terminer, nous appellerons l'attention sur l'existence de cette excavation qu'offrit le poumon droit, et autour de laquelle existaient quelques tubercules crétacés. Comme rien pendant la vie ne nous en avait fait soupçonner la présence, nous n'interrogeâmes pas le malade sur ses antécédens ; mais il n'est pas permis de douter, qu'à une époque antérieure de sa vie, il a donné des signes d'une affection tuberculeuse, qui s'est terminée spontanément par la guérison.

Observation d'un cas d'aliénation mentale passagère, causée par l'usage immodéré du vin blanc et de l'alcool. (Délirium tremens.)

Le nommé Arm...d, nourrisseur, père de famille, âgé de 34 ans, de complexion nerveuse, trapue, mais modérément forte, à peau blanche, fine, et cheveux noirs, s'étant depuis trois mois, tous les matins, livré à l'usage du vin blanc et de l'alcool d'une manière sans doute excessive, fut atteint, le matin du 6 juin 1834, de vomissemens bilieux et de selles de même nature fréquemment renouvelées, et qui durèrent jusqu'au lendemain soir, jour où je fus appelé pour lui donner mes soins.

A ma première visite le 7, avant-midi, le malade venait de tomber de son lit sur le sourcil droit où existait une petite plaie avec effusion de sang assez considérable, et autour de l'œil une ecchymose très-violacée. Il divaguait sur toutes mes questions, et se plaignait d'avoir été souvent tourmenté depuis quelques mois d'une pituite aigre et très-âcre, avec

anxiété et douleurs épigastriques. Le pouls était serré, très-agité, et les vomissemens et les déjections se renouvelaient presque à chaque heure. La tête était faiblement douloureuse, et un tremblement insolite des membres, et surtout des bras, ne laissait au malade aucun repos. Bains de pieds sinapisés *illicò*; eau de Seltz et eau d'orge; magnésie décarbonatée 10 grains toutes les trois heures; deux lavemens d'eau de son. Oxicrat sur le front. Douze sangsues à l'anus non appliquées.

Vers le soir, à sept heures, violent accès d'éclampsie d'une demi-heure, délire ou divagation; tremblemens augmentés. Vomissemens et déjections comme auparavant.

A huit heures, forte saignée au bras droit; sinapismes autour des pieds. Orangeade.

Nuit très-agitée. Cessation complète des vomissemens et des déjections; insomnie.

Le 8, au matin, le malade est levé. Aliénation mentale confirmée, mais vague ou sans aucun objet fixe et déterminé. Pouls vite, petit, très-agité, visage pâle. Appétit, ou plutôt repas léger pris machinalement. Bain tiède, oxicrat sur la tête; bain de pieds sinapisé; lavement émollient; orangeade. Nuit très-agitée; même état mental. Insomnie absolue depuis quatre jours.

Le 9, le malade est levé, divague, sort et va converser avec ses voisins sans aucune suite. Il ne veut écouter personne, se fait conduire à Pantin à pied, le soir, à sept heures, par sa femme; en revient avec elle encore à pied, à une heure du matin, toujours dans le même état mental.

Nuit. A une heure il se couche et s'endort profondément. Son sommeil dure jusqu'au soir avec de légers tremblemens des bras. Je prescris le repos, la même boisson, et au réveil un bain qui n'a pas été pris. Nuit calme; sommeil parfait.

Le 10 au matin, ce malade est entièrement remis. Il charge sa luzerne dans son champ avec sa femme; s'entretient avec moi sur son état d'une manière très-raisonnable; convient que l'alcool et le vin blanc ont été les seules causes de sa maladie, et promet de les éviter à l'avenir.

—Cette observation ne permet pas de douter que la violente irritation de tout le tube intestinal, prolongée par l'usage excessif de ces boissons excitantes, et peut-être aussi par l'influence atmosphérique actuelle (car il existe en ce moment chez beaucoup de mes clients, de ces vomissemens réitérés, et chez les mieux portans une violente irritation nerveuse, avec disposition à la colère, insomnie, etc., phénomènes nerveux qui me semblent les restes de l'épidémie du choléra, dont les causes principales ont sans doute résidé dans certaines conditions de l'atmosphère), n'ait puissamment réagi sur l'encéphale, de manière à produire tous ces phénomènes nerveux. Aussi les antiphlogistiques, les réfrigérans sur la tête, et les révulsifs aux pieds promptement administrés, ont-ils combattu avec succès la violence des accidens du système nerveux cérébro-spinal, et contribué, avec la fatigue de la nuit du 9, au calme réparateur d'un sommeil qui a duré près de 24 heures, et a amené enfin la guérison.

Cette observation, qui n'est pas rare sans doute dans cette classe d'hommes, à cause des excès auxquels ils se livrent, démontre clairement combien il est urgent que les autorités administratives s'occupent davantage de la morale publique et de la conduite de cette foule toujours empressée à se détruire en dépit de la raison et de ses intérêts les plus chers, je veux dire sa santé et son honneur.

Docteur CORSIN.

A La Villette, ce 10 juin 1834.

N° DU 19.

HOPITAL DE LA PITIE.

Clinique médicale de M. ROSTAN.

Ramollissement partiel des lobes postérieurs du cerveau.

Le nommé Selon, journalier, âgé de 66 ans, entra à l'hôpital le 24 du mois d'avril, et s'offrit à la visite du lendemain dans l'état suivant :

Décubitus dorsal, faciès peu altéré, regards incertains, membres supérieurs fortement œdématiés, larges plaies aux deux bras et avant-bras, escharre assez étendue au coude droit, le coude gauche en présente une moins considérable. Il y a sur le mollet gauche une plaie de trois pouces d'étendue; résolution complète des membres supérieurs; le malade peut encore faire exécuter quelques légers mouvemens aux membres inférieurs, surtout du côté gauche. C'est par secousses que ces différentes parties sont mues. Le malade, qui ne cesse de se plaindre des douleurs atroces que lui occasionnent les différentes plaies, perçoit très bien la douleur qu'on lui fait éprouver lorsqu'on pince un de ses membres; les membres inférieurs sont par moment agités de mouvemens convulsifs.

Le malade dit avoir la tête lourde; il n'y a pas de céphalalgie, délire; il croit s'entretenir avec sa femme, ses enfans; mais si l'on fixe son attention sur un sujet, ses réponses ne présentent rien de désordonné. C'est ainsi qu'on a pu obtenir de lui quelques renseignemens sur son état antérieur, savoir qu'il était tombé quelque temps auparavant en perte complète de connaissance au milieu de la rue : pourtant il n'était guère possible d'ajouter une grande confiance à ses réponses. Les sens sont libres.

La langue est rouge à sa pointe, blanche à sa base, la bouche pâteuse, la soif très vive, la déglutition facile; l'épigastre et l'abdomen sont indolores. Paralysie des muscles qui président aux sentimens des convenances.

Tel était l'état de ce malade, qui présentait à notre observation un fait digne du plus grand intérêt, un fait unique dans la science : il ne fallut dès lors rien moins que la sagacité du professeur, pour pouvoir, des symptômes insolites observés, tirer un diagnostic certain, et baser sur cette donnée un traitement rationnel, s'il en était un qui pût offrir quelques chances de succès. Je n'entrerai point dans les détails cliniques qui lui furent suggérés par cette maladie. Je dirai seulement qu'il crut devoir placer la lésion organique, 1° dans le cerveau; 2° dans les deux hémisphères, ou dans un point central; mais une autre question restait à résoudre, c'était la nature de l'affection sur laquelle il fallait se prononcer? Etait-ce une hémorrhagie? était-ce un ramollissement? était-ce aux antécédens qu'il fallait avoir recours

pour éclaircir les doutes? La femme du malade fut donc mandée, et voici les renseignemens positifs qui furent donnés par elle à la visite du lendemain.

Mon mari, dit-elle, n'avait jamais été malade, toutefois depuis deux mois environ il éprouvait des crampes dans les doigts, laissait échapper les objets qu'il saisissait et n'était plus aussi solide sur ses jambes. Du reste sa santé était fort bonne.

Le 8 du mois d'avril, étant sorti de chez lui, il tomba subitement dans la rue privé de connaissance; dix minutes après il revint à lui; transporté dans son domicile, il perd là de nouveau connaissance pendant un laps de temps aussi long que la première fois. Le médecin qui est appelé ouvre la veine dans cet état, mais le sang ne jaillit qu'après que le malade eut repris connaissance; et il s'aperçoit alors qu'il ne peut remuer ni bras ni jambes. De fortes frictions sur les parties sont ordonnées par le médecin, elle furent fréquemment répétées, jusqu'à ce qu'enfin de larges plaies eussent résulté de ces ignares manœuvres !...

Plus tard les membres inférieurs seuls ont repris un peu de leur motilité. La sensibilité a toujours persisté, et l'intelligence s'est conservée intacte; pourtant depuis quelques jours cette femme dit avoir observé son mari parlant seul...

Le diagnostic fut dès lors celui-ci : ramollissement d'une partie de chacun des hémisphères cérébraux, ou de la protubérance annulaire. Le pronostic fut : mort prochaine. Vingt-huit sangsues sont appliquées à l'anus; tisane de chicorée; miel, avec addition de sulfate de soude une once; bouillon. Les différentes plaies sont pansées avec le plus grand soin.

Le malade traîne encore pendant plusieurs jours sa malheureuse existence, plongé plus ou moins dans la stupeur, le délire, et s'éteint enfin au milieu des plus cruelles souffrances, dans la nuit du 1er mai.

Nécropsie, 36 heures après la mort.

Les os du crâne ont une très grande épaisseur; la dure-mère y adhère fortement; les meninges sont injectées; la superficie du cerveau n'a pas une grande consistance. Les circonvolutions ne sont point déprimées. La substance grise est injectée, ce qui peut expliquer le délire survenu dans la dernière époque de la maladie.

La substance blanche l'est également; le cerveau a cet aspect brunâtre des cerveaux des vieillards. A mesure que l'on gagne le centre, il reprend la couleur normale. Le ventricule droit ouvert, il s'en écoule de la sérosité rougeâtre; le même ventricule présente une adhérence telle entre le corps strié et le septum médian, que sa cavité semble en être oblitérée. Ce point d'anatomie pathologique nous a paru fort curieux.

L'ergot est presque entièrement détruit, et cette altération gagne la partie moyenne du lobe postérieur du cerveau. Ces parties, dans une assez grande étendue, sont réduites en une sorte de bouillie blanchâtre.

L'hémisphère opposé, examiné également avec la plus grande attention, on trouve dans le point correspondant la même altération, la même perte de substance; peut-être était-elle un peu moins étendue. Evidemment l'on avait affaire à un double ramollissement, et la vérité du diagnostic se trouvait prouvée le scalpel à la main.

La protubérance annulaire est rosée, le cervelet l'est également. La moelle épinière est diffluente dans toute son étendue. Je crois qu'on doit tenir compte ici des difficultés qu'on a éprouvées pour ouvrir le canal rachidien.

Les poumons adhèrent aux parois thoraciques; ils sont fortement engoués; le gauche paraît l'être moins. Il y a hypertrophie des cavités droites du cœur. Le foie est normal; la rate est un peu ramollie; les reins sont gorgés de sang; l'estomac et les intestins ne présentent rien d'anormal.

P. PIFFARD.

Ablation d'un testicule hypertrophié chez un enfant de neuf ans, et torsion des artères; par M. AMUSSAT. (Observation recueillie par M. DELCROIX)

Le jeune D***, âgé de neuf ans, avait à sa naissance, dans l'aîne droite, une tumeur du volume d'une petite noisette. Cette tumeur s'était insensiblement développée, jusqu'au point d'égaler un œuf de dinde. Plusieurs praticiens distingués répondirent (excepté M. Dubois), qu'il n'y avait point d'opération à tenter, et que, quoiqu'on fît, l'enfant était perdu. M. Amussat ne partagea point leur avis. Après avoir bien examiné la tumeur, il crut qu'elle était formée par le testicule, qui n'avait point franchi l'anneau, et qui s'était hypertrophié; il conseilla l'opération qui, selon lui, ne devait pas présenter beaucoup plus de gravité qu'une ablation ordinaire du testicule.

Le 26 mars 1834, à six heures du matin, le malade étant couché sur une table convenablement garnie, on l'opéra de la manière suivante en présence de M. Delpech, médecin de la maison. M. Amussat embrasse avec deux doigts la base de la partie supérieure de la tumeur, et tandis qu'un aide en faisait autant à la partie inférieure pour mieux la faire jaillir, il fait sur la partie la plus convexe une incision de trois pouces environ, s'étendant depuis ses doigts jusqu'à ceux de l'aide. Après avoir ainsi divisé la peau, il fait une seconde incision un peu moins longue que la première, et ouvre la tunique vaginale d'où s'échappe le testicule. M. Amussat le saisit de la main gauche, détruit les adhérences de la tunique vaginale avec les parties voisines, réduit le cordon spermatique à ses vaisseaux; puis, tandis qu'un aide le tient avec le pouce et l'index du côté du ventre, il en fait la section. Trois artères donnent du sang; l'une d'elles est presque égale à la radiale d'un adulte; elle est saisie et tordue, ainsi que les deux autres; on lave la plaie avec un peu d'eau tiède, on en rapproche les bords, on la recouvre d'une compresse fenêtrée enduite de cérat, de charpie, de compresses ordinaires, et on assujétit tout l'appareil au moyen d'un bandage triangulaire.

Après avoir replacé le malade dans son lit, on examine la tumeur qu'on vient de lui enlever, on la coupe par le milieu et on la trouve formée, dans ses deux tiers inférieurs, d'une substance graisseuse très-ferme et d'un beau jaune, occupant la circonférence, et de plusieurs kystes placés au centre et remplis d'une matière filante, analogue à du blanc d'œuf; il y avait aussi vers le centre quelques parcelles osseuses qui avaient résisté assez fortement à la lame du bis-

touri. Le tiers supérieur est occupé par un kyste unique, rempli d'une matière sébacée disposée par petits grains et entremêlée d'une multitude de poils longs d'un pouce ou un pouce et demi : la texture du testicule avait été entièrement détruite, on n'a pu retrouver aucune trace de son organisation.

Il ne survint aucun accident, il n'y eut point de fièvre, la plaie suppura peu et marcha promptement vers la cicatrisation. On reprima avec le nitrate d'argent quelques bourgeons charnus exubérans, et le vingt-cinquième jour le malade était tout-à-fait guéri, il pouvait marcher et courir librement, ce qu'il ne pouvait faire avant l'opération sans éprouver un peu de douleur, de la gêne, et sans traîner la jambe.

N° DU 21.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. CHOMEL, *professeur*,

(Leçons sur le Rhumatisme.)

Caractères différentiels du rhumatisme articulaire et musculaire.

La douleur et la gêne des mouvemens des parties affectées, sont des symptômes communs à ces deux formes des affections rhumatismales. Mais, dans le premier cas, la douleur a son siége sur les articulations ; dans le second, elle occupe les faisceaux charnus du système musculaire.

La chaleur se montre moins fréquemment dans le rhumatisme musculaire que dans l'arthritis. La rougeur et la tuméfaction n'appartiennent qu'à cette dernière forme. Le rhumatisme musculaire et l'arthritis ne diffèrent pas seulement sous le rapport de leur siége et sous le rapport des phénomènes pathologiques qui en révèlent l'existence, ils diffèrent encore sous le rapport de la cause, de la marche, de la durée et de la terminaison.

L'impression du froid est la cause la plus ordinaire du rhumatisme musculaire ; les causes déterminantes de l'arthritis sont au contraire très-obscures. L'invasion de celui-ci est presque constamment précédée de prodrômes, et pendant sa durée il est accompagné d'un appareil fébrile proportionné à l'étendue de la phlegmasie.

La mobilité est un phénomène constant dans le rhumatisme articulaire, tandis que le rhumatisme musculaire est presque toujours fixe, et parcourt toutes ses périodes dans le point primitivement affecté. Celui-ci disparaît quelquefois très-promptement, et résiste rarement à un traitement rationnel. Ainsi une forte application de sangsues fait presque constamment avorter une pleurodynie, un torticolis, un lombago. Il n'en est pas ainsi de l'arthritis ; cette affection disparaît rarement avant le vingtième jour, et se prolonge quelquefois trois mois, qu'elle qu'ait été la médication employée.

Rhumatisme articulaire.

Les auteurs sont peu d'accord sur le siége de l'arthritis. Les uns pensent que c'est une inflammation de la capsule synoviale qui tapisse les articulations; les autres le regardent comme une phlegmasie de toutes les parties qui entrent dans la composition des articulations ; telles que tendons, ligamens, etc. Pourquoi n'a-t-on pas placé aussi le siége de cette affection dans le tissu cutané, puisque la peau, lorsque la maladie a une certaine intensité, présente constamment de la rougeur ?

La question relative au siége du rhumatisme articulaire est extrêmement délicate. Nous nous proposons d'entrer dans quelques détails sur ce sujet, lorsque nous exposerons les caractères anatomiques des affections rhumatismales.

Les causes de l'arthritis sont très-obscures. Il est toutefois deux conditions de l'économie qui exercent une influence incontestable sur son développement. Les individus placés dans ces conditions sont ceux qui sont nés de parens affectés de rhumatismes ou de goutte, et ceux qui ont eu une première atteinte d'affection rhumatismale. L'influence de ces deux causes ne saurait être niée. Ella a été constatée par un grand nombre de faits. Il n'en est pas ainsi des autres causes que les auteurs assignent au rhumatisme articulaire. Les énumérer ici ce serait répéter toutes les causes des phlegmasies ; notons cependant l'habitation dans certains climats. Les observateurs ont remarqué que les affections rhumatismales se montraient principalement dans les climats tempérés ; elles sont rares dans les pays où la température est constamment élevée ou constamment abaissée. Le printemps et l'automne sont aussi les deux saisons de l'année pendant lesquelles se montre l'arthritis. Cette maladie est rare pendant l'hiver et pendant l'été. Relativement à l'âge, c'est ordinairement de quinze à trente ans que la première attaque se montre. Aucun tempérament n'est à l'abri de ses atteintes. Les hommes y sont plus sujets que les femmes. Quelques médecins affirment que les eunuques ne contractent jamais de rhumatisme. Ce fait mérite confirmation. Il est bon d'observer toutefois que les hommes ainsi mutilés habitent surtout les pays chauds, où les affections rhumatismales sont rares.

Au nombre des causes prédisposantes, on place encore la vie sédentaire et la bonne chère. Quelques auteurs ont attribué de l'influence à certaines boissons, telles que le cidre et la bière ; mais dans ces cas ils n'ont pas tenu compte du climat.

L'invasion du rhumatisme est quelquefois précédée d'un léger sentiment de gêne dans une ou plusieurs articulations qui force les malades à y porter fréquemment la main. Quelquefois la maladie débute sans aucun symptôme précurseur ; d'autres fois des phénomènes généraux se montrent et précèdent de deux ou trois jours l'invasion du rhumatisme. Ce sont des frissons suivis de fièvre, de la céphalalgie, des nausées, un sentiment de courbature plus ou moins prononcé. En général lorsque le mouvement fébrile est très intense, on peut présager une affection grave, on peut affirmer qu'un grand nombre d'articulations seront affectées ; dans ce cas la maladie a été désignée par les noms de rhumatisme aigu général, et de fièvre rhumatismale. Ces expressions sont synonymes, nous les emploierons indifféremment.

Les symptômes locaux sont la douleur, la chaleur, la

rougeur et la tuméfaction ; le premier de ces symptômes est constant, mais il présente des caractères variables. Ainsi certains le font consister dans un sentiment de dilacération de la partie affectée, pour d'autres c'est une perforation, pour quelques-uns c'est un sentiment de constriction. Cette douleur est continue, mais elle présente des exacerbations et des rémissions ; le gonflement, la rougeur et la tension appartiennent spécialement au rhumatisme articulaire ; la tuméfaction n'est point apparente dans les grandes articulations, telles que la hanche, l'épaule ; elle est peu prononcée dans les articulations moyennes, elle est au contraire considérable dans les petites articulations.

Ce gonflement a son siége dans les tégumens et dans des parties profondément situées. Il est produit par la distension des capsules synoviales à l'intérieur desquelles s'accumule la sérosité. Ces épanchemens séreux sont dans quelques cas appréciables par la fluctuation ; c'est surtout dans l'articulation fémoro-tibiale que l'on peut constater la présence du liquide épanché.

Le genou prend une forme globuleuse ; en appuyant la main sur la rotule on sent qu'elle est soulevée, et séparée des surfaces articulaires par un liquide interposé. Si on exerce la pression sur l'une des parties latérales du genou, l'autre se distend, et réciproquement. Il n'est pas démontré que les tendons, les ligamens et les cartilages participent à la tuméfaction ; on a bien trouvé sur les cadavres de quelques rhumatisans des altérations plus ou moins profondes des cartilages, mais c'est surtout dans la forme chronique que ces lésions ont été constatées.

Le fait de l'épanchement séreux des articulations pendant le cours du rhumatisme a peu fixé l'attention des observateurs. Ceux qui ont écrit sur l'hydropisie des articulations, ont regardé cette affection comme extrêmement grave ; il est encore ici très-important de distinguer la forme chronique de la forme aiguë. Les épanchemens qui se forment pendant le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, se dissipent avec une très-grande rapidité. Il est rare qu'ils persistent au-delà de trois à cinq jours ; il n'en est pas ainsi des hydarthroses qui succèdent à des altérations profondes des articulations telles qu'on les observe à la suite des tumeurs blanches, par exemple.

La rougeur n'est pas un symptôme constant ; la peau, lorsque la tension est considérable, présente un aspect luisant qui est assez caractéristique. Les membres dont les articulations sont affectées sont condamnés au repos ; le plus léger mouvement est extrêmement douloureux. Lorsque le rhumatisme est intense, il y a immobilité complète. Dans certains rhumatismes sub-aigus le malade n'éprouve qu'un sentiment de gêne ; lorsque la maladie occupe le poignet ou les phalanges, la main et l'avant-bras restent dans l'extension jusqu'à ce que les symptômes aient disparu. Lorsque c'est l'articulation du genou qui est affectée, le membre inférieur est tantôt dans l'extension, tantôt dans la demi-flexion ; ce dernier cas est le moins commun. Lorsque la maladie occupe l'articulation du coude, le membre supérieur est dans la demi-flexion.

Lorsque la maladie est bornée à une seule articulation, le mouvement fébrile est nul ou peu intense ; il arrive cependant quelquefois qu'une vive réaction se manifeste, on doit présager alors une affection grave ; on peut affirmer qu'un grand nombre d'articulations donneront des signes de souffrances. Mais en général lorsque l'arthritis est partielle, la réaction est peu vive, la physionomie ne présente pas d'altération notable, elle reste calme ; le pouls ne présente pas beaucoup d'accélération, la peau conserve sa chaleur normale. Lsa douleur qui a affecté d'abord une articulation, y reste quelquefois fixée ; d'autres fois, après avoir persisté pendant trois à quatre jours, avec des alternatives de rémission et d'exacerbation, elle envahit d'autres parties, elle se porte de préférence sur l'articulation correspondante du membre opposé ; ainsi lorsque la maladie a débuté par les articulations du pied droit, elle se porte sur celles du pied gauche ; on la voit quelquefois passer d'une articulation d'un membre inférieur à l'articulation correspondante du membre supérieur, du genou au coude, par exemple. Cette mobilité qui est un des principaux caractères de l'arthritis manque, lorsque la maladie est bornée à une articulation ; mais dans une nouvelle attaque elle ne tarde pas à reparaître.

La durée du rhumatisme articulaire aigu borné à une seule articulation est de cinq, huit, douze ou quinze jours au plus, lorsqu'aucune médication n'a été mise en usage. M. Chomel a vu pendant plusieurs années une personne qui à différens intervalles présentait une arthritis du gros orteil, qui s'est constamment terminée au bout de trois ou quatre jours. Aucune médication active n'était employée ; l'existence de cette affection pouvait faire présager une atteinte plus grave de rhumatisme, et c'est précisément ce qui est arrivé. Si en pareil cas des sangsues avaient été appliquées sur l'articulatiou malade, et si, malgré l'emploi de cette médication, le rhumatisme était devenu général, on n'aurait pas manqué d'attribuer tous ces accidens à la médication employée.

N° DU 24.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. DUPUYTREN, professeur.

Ivresse ; coup de poing dans un carreau ; lésion de l'artère radiale ; abondante hémorrhagie ; ligature des deux bouts du vaisseau divisé ; méthode sûre et exacte de l'appliquer.

De toutes les liqueurs fermentées, le vin est la plus naturelle et la plus salutaire à une malade couchée actuellement encore au n° 22 de la salle Saint-Jean.

Aussi elle la préfère à toutes celles dont elle fait le plus d'usage, par les agrémens et les grands avantages qu'elle y trouve.

Cette femme, qui est âgée de cinquante-trois ans, d'une taille moyenne, d'un tempérament nerveux, décrotteuse sur le pont Marie, prétend que le vin produit de si bons effets sur son économie, qu'il lui serait bien difficile de s'en abstenir pendant long-temps. Elle se trouve toujours bien de cette liqueur conservatrice, tant qu'elle en use avec modération ; malheureusement l'attrait de ce plaisir lui fait trop

souvent passer les bornes de la sobriété, et elle abuse sans retenue de cet agréable breuvage.

C'est alors qu'il est devenu pour elle une source abondante de maladies, et l'empêchera probablement de parcourir sa carrière jusqu'au bout. (Son mari partageait ses goûts; car, il y a trois mois qu'il fut renversé par une voiture Dame-Blanche qui lui passa sur le corps, lui fractura deux côtes et lui déchira le poumon droit. Cet homme fut reçu à Sainte Marthe et succomba.)

La malade couchée à Saint-Jean se trouvait, le 11 du mois, chez un marchand de vins, et voulait boire malgré l'épuisement de ses fonds.

Le marchand de vins la prit par le bras et voulut la renvoyer de chez lui; elle crut se venger alors en lançant un coup de poing dans un carreau; c'est en retirant l'avant-bras, qu'un fragment de verre de forme aiguë pénétra dans le membre à sa partie antérieure, inférieure et externe, et ouvrit l'artère radiale.

Le marchand de vins, effrayé en voyant la quantité de sang que la malade perdait, quitta sa boutique et l'amena lui-même à l'Hôtel-Dieu.

L'interne de garde visita la malade, et jugea avec raison que la ligature était le seul moyen efficace d'arrêter l'écoulement sanguin. En conséquence, il alla à la recherche du vaisseau, et appliqua une ligature sur chaque bout. Soit qu'une autre artère ait été divisée, ou plutôt qu'une des deux ligatures n'ait pas été assez serrée, l'hémorrhagie reparut, et il fallut appliquer une troisième ligature pour l'arrêter. A cette occasion, le professeur a présenté quelques considérations que nous rapporterons ici.

Il faut, a-t-il dit, une méthode sûre et exacte de faire la ligature; c'est un point de pratique très-important, puisque c'est d'elle que dépend la constriction parfaite ou imparfaite de l'artère, et par conséquent le retour ou la non-récidive de l'hémorrhagie. Son omission peut devenir préjudiciable et funeste au blessé dans bien des occasions.

Si donc vous aviez une artère profondément située, les parties voisines étant gonflées, il résulterait de-là une plus grande difficulté pour vous d'appliquer et de serrer les fils qui devraient servir à la ligature, le fond de la plaie n'étant pas assez dilaté.

La ligature autour de votre artère sera toujours imparfaite si vous vous contentez de tirer sur les fils qui forment le nœud, par leurs extrémités; car alors chacun d'eux agissant obliquement sur le point qu'on se propose de serrer, il faudra que la force absolue de traction se décompose en deux autres; l'une perpendiculaire au fond de la plaie, qui sera nulle, ou plutôt qui tendra à soulever l'artère vers les bords; et l'autre, parallèle, qui sera la seule résidue et efficace.

Or, cette dernière force sera d'autant plus petite, par rapport à l'autre, que le fond de la plaie sera plus profond, parce qu'alors la traction s'exercera moins obliquement, ou s'approchera moins du plan où se trouve l'artère. Donc aussi, par la même raison, le nœud sera moins serré, et s'opposera moins à l'écoulement du sang, à moins qu'en vertu de la force perpendiculaire il ne soit soulevé et porté jusqu'au niveau des bords de la plaie, ce qui ne serait pas sans désavantage.

Quel moyen vous restera-t-il donc pour remédier à cet inconvénient et pour affermir la ligature?

Il n'en peut exister qu'un seul, celui de tirer les fils qui forment le nœud, latéralement de chaque côté, et parallèlement au plan où se trouve l'artère. Pour atteindre ce but, il faudra que vos doigts soient enfoncés dans la plaie, et placés aussi près que possible des parois de l'artère à lier.

Sans cette précaution, les fils seront, comme nous l'avons dit, tirés obliquement du centre du nœud ou du fond de la plaie vers ses bords.

Il y aura par conséquent décomposition, et par suite perte d'une partie de la force de traction, ce qui rendra nécessairement la constriction de l'artère imparfaite et le retour de l'hémorrhagie inévitable.

Cette démonstration rigoureuse est confirmée par l'expérience et l'observation, car toutes les fois que le sang reparaît après la ligature d'une artère, c'est presque toujours parce que le nœud a été trop lâche, ou qu'il n'a pu être assez serré, à cause de la traction oblique ou diagonale des fils sur les bords de la plaie.

Empoisonnement par la noix vomique; guérison.

A. M. le rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux.*

Rennes, ce 24 mai 1834.

Monsieur,

Le 11 mai dernier, à trois heures de l'après-midi, la femme C...., âgée de soixante-quatre ans, prit, dans le dessein de se suicider, une demi-once de noix vomique râpée.

A trois heures et demie, elle commença à éprouver de légères secousses tétaniques et un sentiment de strangulation avec sécheresse de l'arrière-gorge; bientôt les contractions des membres et des muscles thoraciques devinrent très-fortes et très-douloureuses; il se développa des coliques et le ventre se ballonna.

A quatre heures, sa famille, effrayée d'une maladie aussi subite que violente, fait venir un prêtre, qui ayant obtenu, en confession seulement, l'aveu de l'empoisonnement, et la malade se refusant à recevoir des secours d'un médecin, lui administra deux grains d'émétique étendus dans un verre d'eau, qui ne produisirent aucun effet.

Les accidens continuant toujours, le confesseur obtint de cette femme qu'elle avouerait a un médecin la cause de son état. C'est alors que je fus appelé à sept heures du soir. Je trouvai cette malheureuse dans l'état suivant. La face est rouge, les pupilles sont dilatées; les contractions tétaniques presque continuelles; il suffit de s'approcher du lit pour les renouveler, et à chaque fois qu'on lui présente à boire elle en éprouve une. Les lèvres sont tremblantes et la déglutition très-difficile; le ventre est distendu comme dans une grossesse de neuf mois, et douloureux à la pression; la respiration est profonde; la peau est chaude et couverte de sueur, le pouls est naturel. Le moral de cette femme est très-af-

fecté; elle se repent de son action et parle de sa fin prochaine.

Quoique les symptômes me donnassent la certitude d'un empoisonnement par une substance contenant de la strychnine, je présentai à cette femme de la noix vomique râpée, qu'elle reconnut pour être la même substance que celle qu'elle avait avalée. Comme elle n'avait point encore vomi, dans la crainte qu'il ne restât de la noix vomique dans l'estomac, j'administrai deux grains d'émétique dissous dans trois cuillerées d'eau, et à donner par cuillerées de dix en dix minutes.

A huit heures pas de vomissemens. Les mêmes accidens continuent; seulement les coliques sont plus fortes. Lavement purgatif et deux gouttes d'huile de croton-tiglium en pilule; café noir et eau vinaigrée après les évacuations, si elles ont lieu.

Dans la nuit, vomissemens et selles abondantes. Malheureusement je n'ai pu y rechercher la noix vomique, le tout ayant été jeté avant mon arrivée, le 12, à cinq heures du matin.

La malade ne présente plus alors que de faibles contractions et à des intervalles assez éloignés. Cependant, aussitôt que l'on frappe sur le front, il en survient une. Le ventre n'est plus ballonné, mais toujours douloureux; les pupilles sont dilatées, la langue rouge et sèche; pouls fébrile. Petit-lait; diète.

Le soir à sept heures, il n'y a plus de contractions tétaniques; du reste, même état.

Le 13, il n'y a plus que quelques coliques.

Le 14, elle entra à l'hôpital où elle fut mise à l'eau d'orge et à une diète assez rigoureuse. Au bout de quelques jours elle en est sortie parfaitement guérie.

GODEFROY D. M. P.

N° DU 26.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. DUPUYTREN, professeur.

Hernie crurale, entéro-épiplocèle chez un homme; symptômes graves d'étranglement; opération; réduction de l'intestin, conservation au-dehors de l'épiploon; péritonite, mort et autopsie. Diagnostic différentiel de la hernie crurale et de la hernie inguinale chez l'homme; quelques considérations sur la constitution médicale du trimestre qui vient de s'écouler.

Rien n'est peut-être plus obscur, dit M. Dupuytren, que le diagnostic des tumeurs qui apparaissent à l'aine. Il faut avoir exercé, et surtout avoir été livré à son propre raisonnement et à sa seule expérience, pour sentir toute la difficulté qui existe dans ces circonstances.

Cependant, si dans le cours de votre pratique vous faites attention aux particularités suivantes, vous pourrez mieux vous guider et assurer la conduite que vous aurez à tenir.

Les tumeurs herniaires surviennent ordinairement après un exercice pénible, un effort violent. Elles se forment avec promptitude, et parviennent en très-peu de temps à un volume marqué.

Les bubons arrivent sans cause de ce genre, et le plus souvent ils reconnaissent la présence d'un virus syphilitique. Enfin, dans quelques cas il existe à la partie inférieure du membre une plaie, une écorchure, une solution de continuité quelconque, l'irritation a été transportée de bas en haut aux glandes inguinales, par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques.

La hernie crurale a pu être quelquefois confondue avec l'inguinale; mais le moyen de ne pas vous tromper, sera de vous rappeler que cette hernie présente dans son origine une tumeur plus large, plus volumineuse que la hernie inguinale.

La première est globuleuse, et n'acquiert jamais un volume aussi grand que la seconde, qui est oblongue, et qui n'éprouve pas de la part de ses enveloppes une résistance comparable à celle que la hernie crurale rencontre dans l'aponévrose fascia-lata; aussi cette dernière offre-t-elle beaucoup plus de dangers.

Dans les premiers temps de sa formation, la hernie crurale est profonde, et il est assez difficile, même chez les sujets maigres, d'en toucher le col en portant le doigt dans le pli de la cuisse.

On parvient difficilement aussi à reconnaître le bord tendineux de l'arcade crurale.

La hernie inguinale est au contraire plus superficielle, plus apparente à l'extérieur, plus facile à explorer et à reconnaître. La grosseur est toujours plus considérable, et le doigt, promené sur la base, distingue aisément la circonférence de l'anneau sous-pubien.

La hernie crurale, ancienne et volumineuse, prend une forme ovale dont le grand diamètre est transversal, le col de la tumeur restant toujours dans le pli de la cuisse.

Tels sont les caractères que vous avez pu constater par vous-mêmes chez un malade couché naguère au n. 51 de la salle Sainte-Marthe.

Perrot (François), âgé de vingt-trois ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, était entré à l'Hôtel-Dieu le 4 juin dernier, pour y être traité d'une hernie étranglée qu'il portait dans la région crurale du côté droit.

Ce jeune homme exerçait un état pénible, et qui est devenu la cause de tous les accidens qu'il a éprouvés, et par suite de sa mort.

Garçon boulanger, il passait les nuits à pétrir le pain. Dans ce travail, tous les viscères abdominaux étaient refoulés en bas par les efforts qu'il était obligé de faire.

En écartant les cuisses il distendait les anneaux, élargissait la partie inférieure du bas-ventre, et les intestins, tant à cause de leur mobilité, de leur mouvement continuel, que du poli de leur surface, se sont déplacés plus facilement que les autres viscères. Ils ont passé d'abord par l'anneau inguinal gauche, et ont formé il y a trois ans, en cet endroit, une tumeur inguinale.

Du côté droit, les viscères se sentant comprimés, ont d'abord résisté à cette pression et tenté de la fuir en s'échap-

pant par les diverses ouvertures que présente l'abdomen. Parmi celles-ci, l'arcade crurale du côté droit s'étant trouvée la plus grande, il n'est pas étonnant que le déplacement se soit fait par ce pertuis.

Le malade négligea de porter constamment un bandage parce qu'il lui causait de la gêne et de la douleur.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, les signes de son mal étaient la tumeur, la douleur gravative, le hoquet, les vomissemens; les coliques qui prenaient leur origine à la tumeur et se communiquaient aux autres parties, etc.

Dans le traitement de cette hernie crurale, nous avions deux indications principales à remplir; la première consistait à remettre (si nous pouvions) les parties dans leur place naturelle, la seconde de les y contenir. Nous avons donc fait coucher le malade sur le dos, les fesses et les cuisses élevées, nous avons fait en sorte que les muscles du bas-ventre ne fussent pas dans un état de tension. Alors nous avons saisi la tumeur herniaire avec l'extrémité des doigts, nous l'avons maniée légèrement, et par une compression douce, nous l'avons dirigée dans le ventre, non obliquement du côté des hanches, comme on le pratique dans le cas de hernie inguinale, mais en ligne droite. Nous avions bien soin de remettre les parties de manière que s'il y avait eu une portion de mesentère au dehors elle fut réduite d'abord, ensuite l'intestin, puis l'épiploon.

Toutes nos tentatives ont été infructueuses.

Les signes de l'étranglement, les nausées, les vomissemens bilieux et stercoraux, le ballonnement du ventre, la sensibilité, l'altération des traits de la face, la petitesse, la concentration du pouls ont été autant de signes qui ne nous ont laissé aucun doute sur la persistance de l'étranglement, et nous ont annoncé l'imminence d'un plus grand danger et une terminaison funeste. Nous n'avons plus hésité et avons opéré vingt-quatre heures après les premiers accidens d'étranglement, le lendemain de son arrivée à l'Hôtel-Dieu.

Notre malade avait été copieusement saigné, des bains, des cataplasmes, des sangsues avaient été appliqués sans obtenir aucune amélioration.

Nous l'avons fait apporter à la clinique, et après l'avoir placé convenablement sur le lit, nous avons pincé la peau, fait une incision crucale et avons mis à découvert la tumeur qui en cet instant offrait encore le volume du poing.

Le sac herniaire était recouvert par une expansion aponévrotique, que nous avons divisée, et en soulevant, en disséquant couches par couches, nous sommes parvenus ainsi que vous avez pu le voir, au vrai sac herniaire lui-même.

Ce qui est venu compliquer l'affection de notre malade, c'est qu'une forte portion d'épiploon s'était engorgée, était devenue dure, renitente et formait en quelque sorte une pelotte qui comprimait tous les organes voisins, et notamment la tumeur herniaire; aussi, avons nous redoublé d'attention afin de séparer cette enveloppe graisseuse d'avec le sac, sans blesser les viscères, et à l'aide de deux petits débridemens parallèles au ligament de Fallope, une douce pression nous a suffi pour faire rentrer l'intestin dans le ventre.

Ce dernier étant placé en dehors, nous n'avons pu faire de débridement sur ce côté, nous les avons donc pratiqués *en haut*, non en dedans à cause du cordon des vaisseaux spermatiques. De la sérosité s'était insinuée dans le tissu cellulaire du sac, et l'avait considérablement épaissi; nous n'avons pas voulu détruire toutes les adhérences de l'épiploon, dans la crainte de rencontrer quelque vaisseau, et de donner lieu à un écoulement sanguin dans l'intérieur du ventre. Cette méthode est suivant nous la plus prudente et la plus rationnelle.

La plaie a été pansée simplement, un linge de cérat troué, de la charpie, des compresses, le tout recouvert d'un bandage en T., ont permis de remporter le malade sans danger à son lit.

Nous avions recommandé de lui pratiquer une saignée, d'appliquer des sangsues, pour prévenir le développement de la péritonite.

L'opération avait été simple, assez heureuse, nous devions conserver quelque espérance de le guérir, il n'en a pas été ainsi:

Quoiqu'il ait éprouvé un peu de calme dans le courant du jour où il avait été opéré, cette amélioration ne s'est pas soutenue; le lendemain, 6 juin, à la visite notre malade était agité, des sueurs couvraient tout son corps, une fièvre ardente le consumait, son visage était altéré; enfin une péritonite sur-aiguë s'est développée et l'a fait périr trois jours après l'opération.

A l'autopsie on a trouvé le canal intestinal libre, sans autre altération que de la rougeur, nullement gangréné, une péritonite sur-aiguë et un épanchement lie de vin.

En rapprochant le cas de ce malade de celui d'une femme couchée naguère à Saint-Jean, et opérée habilement par M. Sanson, on se demande si la constitution médicale actuelle n'est pour rien dans le développement de toutes ces inflammations aiguës, et si on ne peut lui attribuer quelques-uns des revers que nous avons éprouvés.

Nous avons pris quelques renseignemens auprès des honorables médecins qui sont chargés des divers services à l'Hôtel-Dieu, et il résulte de leurs observations, que l'influence des variations atmosphériques leur a donné un grand nombre de maladies inflammatoires, d'embarras gastriques.

Dans les mois de mai et juin, les fièvres bilieuses ont été très-multipliées, elles ont été benignes et ont cédé facilement aux moyens employés, si on en excepte toutefois quelques unes qui ont changé de type, et ont eu une terminaison longue et fâcheuse par leur complication avec des phlegmasies des organes abdominaux.

Les phlegmasies cutanées, les angines, ont été très-nombreuses, surtout les scarlatines et les érysipèles.

Dans le milieu du mois de mai, beaucoup de malades sont entrés pour des ophthalmies, des angines dont la marche a été simple et la terminaison prompte.

Les catarrhes pulmonaires et les fluxions de poitrine ont été au contraire accompagnées de symptômes inflammatoires très-intenses. Ils se sont compliqués avec la fièvre typhoïde (Chomel), et ont fait succomber plusieurs malades, malgré l'usage des préparations chlorurées.

Un grand nombre de rhumatismes aigus ont été combattus avantageusement par les évacuans.

Il résulte enfin des observations de ce trimestre, que la constitution médicale a été alternativement chaude et froide, que le caractère inflammatoire qui s'est maintenu constamment a compliqué presque toutes les maladies, et que ces dernières ont été en général plus graves, et la mortalité plus grande.

N° DU 28.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. SANSON professeur.

Fracture des deux os de la jambe droite, compliquée de contusion et de perforation consécutive de la peau ; phlébite ; mort.

Hénaut (Julie), cuisinière, âgée de vingt-quatre ans, d'un tempérament bilieux, d'une bonne constitution, était affligée depuis quelque temps de chagrins domestiques. Etant, le 11 décembre 1833, au soir, chez une jeune femme qu'elle poursuivait de mauvais conseils, le mari de celle-ci la surprit, et l'ayant atteinte d'un violent coup de pied dans le derrière ; il la renversa dans l'escalier, sur les premières marches duquel son pied droit glissa ; elle ne put se relever, et fut transportée chez elle, où la fracture ne fut pas reconnue ; car lorsqu'elle entra ici (salle St-Jean, n. 24), le lendemain, 12 décembre, vers les quatre heures du soir, elle ne portait aucun appareil ; elle disait avoir souffert, pendant la nuit précédente et la matinée, des douleurs intolérables ; le gonflement et la tension du membre étaient extrêmes, et tels que le moindre contact devenait une cause de douleurs atroces, et que l'on ne pouvait imprimer de mouvemens aux fragmens ; aussi ce fut plutôt par l'aspect de la déformation du membre que par la crépitation, qu'il fut possible de reconnaître une fracture des os de la jambe vers leur quart inférieur.

Le pied avait de la tendance à se porter en arrière et en dehors ; on sentait sous la peau un épanchement sanguin profond, qui ne se manifestait par aucune ecchymose. Mais le membre, comme nous l'avons dit, offrait un volume et une sensibilité telles, qu'après l'avoir entouré de résolutifs, on dut se contenter, pour maintenir la réduction de la fracture, de mettre un bandage de Scultet fort peu serré.

La malade fut saignée ; la nuit fut fort mauvaise. Les douleurs étaient, le lendemain, portées à un tel point, que l'appareil, quoique déjà extrêmement peu serré, dut encore être relâché. Une deuxième saignée fut faite ainsi qu'une application de 30 sangsues. Malgré ces moyens, aidés de la diète et d'une situation convenable du membre affecté, la malade y accusait une douleur vive, et comme en même temps la tension augmentait toujours, on fit encore en peu de jours, et en trois fois différentes, l'application de 75 sangsues sur les points qui paraissaient les plus douloureux. Pendant ce temps l'appareil fut à peine serré, et l'on plaça immédiatement sur le membre un large cataplasme émollient, renouvelé chaque jour.

Depuis quelque temps une ecchymose s'était manifestée au niveau de la fracture du tibia, lorsqu'une dizaine de jours après l'entrée, il se forma au même point une petite ouverture, qui ne donna d'abord issue qu'à une petite quantité de sérosité, mais peu à peu la plaie s'étendit, puis enfin ses bords furent écartés par la suppuration, qui s'écoulait en assez grande quantité ; mais le pus était bien lié et de bonne nature. Cependant l'état général qui, sauf la douleur locale continuelle et une fièvre assez vive les premiers jours, ne faisait appréhender rien de grave, changea peu de temps après la première perforation de la peau ; il se manifesta du dévoiement et un renouvellement sensible de la fièvre chaque soir. La malade néanmoins était habituée à sa position, et pouvait supporter l'appareil.

Le 1er janvier 1834, je la trouvai dans l'état que je viens de décrire, et dont la gravité était encore accrue par le sentiment d'humiliation excitée par la nature de la cause de son accident, qu'elle s'obstina toujours à cacher.

Outre l'ouverture large et profonde qui existait à la partie inférieure de la jambe, il ne tarda pas à s'en former deux autres, l'une au-dessus, l'autre en dehors de la précédente.

Le 6, le dos du pied et le bas de jambe avait été reconnus être le siége d'une fluctuation profonde, on fit une incision qui découvrit au pied les tendons extenseurs dénudés par le suppuration. A la jambe, on débrida en haut les deux ouvertures déjà existantes, incision qui fut suivie de la lésion d'une artériole, dont on arrêta l'hémorrhagie en la comprimant avec des pinces ; un flot de pus s'échappa par la plaie ainsi aggrandie.

Jusqu'à cette époque, le dévoiement avait été modéré par les demi-lavemens amylacés et laudanisés ; l'insomnie et l'agitation, par un julep avec le sirop diacode, dont l'usage avait semblé amener un peu d'amélioration ; les douleurs et la fièvre allaient aussi en diminuant, et jusqu'au 8, quoique le siége fût devenu un peu douloureux et excorié, on pouvait malgré la gravité de son état concevoir quelques espérances, lorsque le 8 au matin, la suppuration ayant paru à M. Sanson un peu altérée en quantité et en qualité, la malade qui ne s'était cependant livrée à aucun écart de régime, fut prise d'un frisson dans le dos qui dura depuis la fin de la visite jusques dans l'après-midi à quatre heures ; elle avait le pouls petit et serré, une sueur froide et visqueuse couvrait la face, les forces étaient dans un état évident de prostration, et cet affaissement ainsi que le froid dont elle se plaignait, contrastait d'une manière marquée avec l'excitation que l'on était habitué à trouver les jours précédens à pareille heure, dans la chaleur de la peau et le développement du pouls.

Elle eut encore dans la nuit un frisson de moins longue durée, qui la laissa le 9 au matin dans la prostration ; en même temps une douleur dont elle se plaignait dans toute la poitrine se fixa au côté droit, et réveilla les quintes de toux dont les secousses se faisaient douloureusement ressentir dans la jambe malade. Le dévoiement qui persistait contr'indiquant l'emploi de l'émétique à hautes doses (qui paraît être le seul moyen de quelque efficacité contre les résorptions purulentes, et même seulement à leur début), on se borna à placer sur le côté droit de la poitrine, un large vésicatoire.

Le 10, il n'y avait pas eu de nouveau frisson, mais la suppuration paraissait séreuse, et en moindre quantité, le vésicatoire n'avait pas encore pris, et néanmoins loin de ressentir des douleurs plus vives dans la poitrine, la malade demandait à manger.

Le 11, un frisson prolongé qu'elle eut pendant la nuit du 10 au 11, et dont elle sortait à peine le matin, la prolongea dans un affaissement, qui ne lui laissait la force que de pousser des cris continuels pendant le pansement, que depuis quelques jours on faisait avec la décoction de quinquina.

Il est inutile de dire que la consolidation n'était même pas commencée, quoique les os ne fissent pas saillie au dehors; la suppuration était presque supprimée, et très-séreuse, le dévoiement continuait ainsi que la toux, et la douleur fixée au côté droit de la poitrine, qui offrait de la matité. Deux nouveaux frissons ayant eu lieu dans la journée, un vésicatoire fut appliqué le soir au-devant du sternum.

Le 12, n'ayant pas eu de frissons, elle était mieux que la veille; mais le dévoiement qui continuait, et la mauvaise qualité de la suppuration ne laissaient rien présager d'heureux, la suppuration du vésicatoire fut activée.

Le 13, un nouveau frisson eut lieu dans la nuit, le matin elle ne répondait plus qu'aux questions concernant son état, et encore avec une peine extrême elle se plaignait surtout de céphalalgie; au-dessus de l'orbite droit, ce côté était aussi plus douloureux à la poitrine et à l'abdomen; l'état des membres était cependant toujours normal, non-seulement quant à la sensibilité et à la myotilité, mais quant à la chaleur, ni engourdissement ni contractures, le pouls petit et serré, le peu de pus qui restait à la surface de la plaie était fétide et jaunâtre, ressemblant à du petit-lait ancien. Le soir le pouls était faible, mais extrêmement serré, la raison perdue, elle succomba sur les sept heures.

Autopsie. L'autopsie ne fut faite que quarante-cinq heures après la mort, et par des circonstances résultant de la cause de la maladie, les personnes qui en furent chargées la firent avec beaucoup trop de précipitation; voici néanmoins les lésions qui furent observées: les veines saphènes, tibiale, poplitée, crurale, étaient remplies d'une sanie purulente, offrant une saillie un peu plus claire que la lie de vin. Les circonflexes renfermaient du pus blanchâtre et bien lié, qu'on pouvait faire sortir à l'état de pureté parfaite de la section transversale de ces vaisseaux; la fin de la crurale et l'iliaque externe étaient obstruées par un caillot, qu'on détachait facilement des parois veineuses, lesquelles du reste n'étaient ni épaissies ni ramollies, mais seulement un peu rouges à leur face interne; il n'en était pas de même des veines du membre inférieur qui jusqu'à la poplitée inclusivement offraient dans leur tissu les altérations dues à une inflammation intense; nous devons ajouter immédiatement que les poumons et le foie divisés avec le plus grand soin et dans toutes leurs parties, n'ont offert en aucun point, ni collection de pus toutes formée, ni infiltration purulente; il en était de même du cerveau, lequel ainsi que ses membranes était dans un état parfaitement sain.

La cavité des plèvres contenait un liquide séreux à gauche, et séro-purulent à droite, où sa quantité fut évaluée à deux livres, à gauche elle n'était que de trois ou quatre onces; les poumons qui, comme nous l'avons dit, n'offraient pas de lésion spéciale, étaient seulement affaissés par le refoulement qu'ils avaient supporté de la part du liquide pleurétique. Le cœur mou, contenait un peu de sang ténu et décoloré. L'escharre du sacrum était de la largeur de la paume de la main, et ne comprenait pas encore toute l'épaisseur de la peau.

La fracture siégeant, comme on le sait, aux trois quarts inférieurs du membre, était oblique en bas et en avant, les deux os étaient fracturés au même niveau et en un seul point, si l'on en excepte un très-petit fragment qui était appliqué au sommet du fragment inférieur du tibia, et qui y adhérait par des liens assez multipliés pour que la vie y eût été conservée. Quant aux extrémités terminées en pointe des deux fragmens supérieurs, on observait dans une étendue de six à huit lignes, la disposition suivante beaucoup moins marquée aux inférieurs.

Le perioste séparé de l'extrémité osseuse se terminait à la limite de de décollement par un bourrelet saillant et ramolli duquel partaient des vaisseaux organisés en membrane fine, mais bien évidente lorsqu'on cherchait à la séparer de l'os; cette membrane traversait la substance osseuse pour aller réjoindre la toile médullaire intérieure au niveau du décollement externe. Cette seconde membrane tapissant la surface de la cavité osseuse à laquelle elle adhérait fortement, contenait une matière granuleuse, blanchâtre, d'une couleur et d'une consistance à peu près gélatineuse, qui remplissait le canal de l'os; la continuité entre le périoste externe et interne, a pu être aperçue sous de petites portions osseuses qui étant totalement nécrosées se détachaient facilement.

L'articulation tibio-tarsienne contenait du pus mêlé à la synovie.

DIDAY.

HOPITAL MILITAIRE DE VERSAILLES.

Clinique chirurgicale de M. PARADIS, chirurgien en chef.

Première observation. *Coup de sabre traversant la poitrine et le bas-ventre de part en part; guérison.*

Le nommé Crosse, carabinier au 2e régiment, reçoit, le 2 janvier 1834, un coup de sabre, vulgairement appelé *latte*, qui, pénétrant antérieurement entre les sixième et septième côtes droites, va ressortir postérieurement entre la neuvième et la dixième. Il est apporté à l'hôpital deux heures après la blessure, sans qu'on eût rien fait pour arrêter les premiers accidens, et présente alors les symptômes suivans: difficulté extrême de respirer, douleur vive aux environs de la plaie de la partie antérieure du thorax, pouls petit, rétracté, soif ardente.

Les plaies n'offrant au chirurgien de garde aucune indication particulière, sont réunies par première intention; il pratique immédiatement une saignée de douze onces, qui fait remonter le pouls sans diminuer l'oppression. L'émission san-

guine est renouvelée quatre heures après, et vingt-cinq sangsues sont appliquées à l'épigastre, où se fait ressentir une douleur intolérable. Le malade est mis à l'usage des boissons gommées.

Le 3, respiration haute, crachats sanguinolens, pouls petit et serré, épigastre moins sensible à la pression, soif moins vive. La saignée capillaire est favorisée par l'application d'un large cataplasme sur l'abdomen, précédé de deux ventouses scarifiées aux régions iliaques. Même médication; lavement émollient.

Vers le soir le pouls devient plein et fréquent, la peau chaude, les yeux brillans, la respiration gênée. Une saignée de six onces diminue l'acuité de ces symptômes, et procure au malade une légère amélioration qui dure jusqu'à minuit. A cette heure, les accidens se renouvellent, pour céder encore à la saignée, qui produit enfin un peu de calme et la cessation des crachats sanguinolens.

Le 4, l'état du malade est à peu près le même; la toux est assez fréquente, mais l'expectoration est simplement muqueuse. Un léger emphysème développé aux environs de la plaie antérieure, indique l'emploi des ventouses scarifiées.

Le 5 au matin, le pouls a acquis un peu de fréquence, la respiration est toujours gênée; de légères douleurs se font encore sentir à l'abdomen. Même prescription; ventouses scarifiées sur la poitrine et les hypocondres.

Pendant la journée, le pouls se maintient dans son état d'excitation morbide qui augmente, vers le soir, jusqu'à la plénitude et la dureté. Une saignée minorative le ramène presque à l'état normal, et rend la peau douce et moite.

Le malade ressent une gêne moins forte que le matin à la région inférieure de la poitrine.

Le 6 et les jours suivans, les mêmes symptômes reparaissent, pour céder aux mêmes moyens, auxquels on joint l'application de compresses imbibées de vinaigre camphré et amoniacé sur le thorax, et les embrocations avec de l'huile de camomille camphrée sur l'abdomen. Ces moyens ont un plein succès; l'emphysème disparaît complètement; les douleurs abdominales sont presque nulles, et le 10 la convalescence est pour ainsi dire décidée.

Celle-ci est légèrement troublée du 20 au 22, par le retour de la sensibilité de l'abdomen, produite sans doute par quelque écart de régime. L'application de ventouses scarifiées, quelques bains, la font bientôt disparaître, et Crosse sort entièrement guéri, le 30 janvier, après vingt-huit jours de traitement.

Deuxième observation. *Plaie pénétrante de la poitrine, avec lésion du péricarde; guérison.*

Le nommé Favier, carabinier au 2e régiment, âgé de vingt-trois ans, d'une constitution robuste, reçoit, le 15 février 1834, un coup de sabre de carabinier qui pénètre dans la poitrine dans la longueur de deux pouces environ, entre la septième et la huitième côtes droites, à deux travers de doigt du sternum.

Il est apporté à l'hôpital à huit heures du soir, dans l'état d'ivresse le plus complet. Son anéantissement était tel, qu'on ne put tirer aucun renseignement sur sa position au moment de la blessure.

Le chirurgien de garde sonda la plaie et s'assura qu'elle se dirigeait transversalement de droite à gauche. La crainte d'occasioner une hémorrhagie l'empêcha de pousser ses recherches jusqu'au point où elles auraient dû l'être. Comme les environs étaient emphysémateux, il crut devoir appliquer soixante sangsues, remplacées à leur chute par un large cataplasme. Il attendit pour pratiquer la saignée que l'ivresse fût un peu dissipée; elle fut faite à une heure du matin.

Le 16, pouls petit, rétracté, respiration gênée, crachats sanguinolens, anxiété extrême, traits tirés, soif ardente, peau sèche et chaude; l'emphysème n'a pas diminué; douleur vive à la région précordiale et à l'épigastre. Diète; eau gommée; potion gommeuse; ventouses scarifiées sur les points douloureux.

L'application des ventouses produit un peu d'amélioration; cependant il reste encore une douleur très-vive à la partie moyenne de la poitrine; le pouls n'a pas changé.

Dans la journée, la gêne de la respiration augmente successivement, est arrive à un point extrême. La face est rouge, injectée, les yeux brillans, le pouls développé. Le malade se plaint de céphalalgie et de douleurs intolérables dans l'intérieur du thorax. Une saignée de douze onces diminue un peu la violence de ces symptômes; elle est renouvelée vers le soir, et procure au malade une nuit assez tranquille.

Le 17, peu de changement dans l'état du blessé; l'épigastre a toujours une sensibilité extrême; agitation continuelle, inquiétude, rêvasseries. Même médication; 10 sangsues à l'épigastre.

Ces moyens amènent une légère détente; mais vers le soir, le pouls remonte, la dyspnée augmente; une sueur abondante et continuelle couvre la face, les traits sont contractés, les ailes du nez rapprochées. Une nouvelle saignée produit un peu de calme; néanmoins le malade est toujours tourmenté par l'insomnie.

Le 18 au matin, légère amélioration; dans la journée, les symptômes d'irritation reparaissent, le pouls se développe de nouveau, la chaleur de la peau est considérable; une vive douleur se fait ressentir autour de la plaie. Saignée du bras; ventouses scarifiées sur le point douloureux.

La saignée fait tomber presqu'entièrement le mouvement fébrile. Le malade éprouve peu après une légère syncope, qui engage le chirurgien de garde à différer l'application des ventouses. Plus tard, il l'a trouvé presque assoupi et n'a pas cru devoir troubler un sommeil que nulle médication ne peut remplacer.

Le 19, l'amélioration est plus marquée: cependant un peu d'agitation se manifeste dans la journée, elle disparaît vers le soir et promet au blessé un repos presque complet.

Le 20, quelques symptômes d'irritation ont reparu: les environs de la plaie sont toujours emphysémateux. (Même médicat. vent. scarif.) Vers midi, le malade est pris d'une toux violente, avec expectoration difficile de crachats sanguinolens; face injectée, respiration gênée, anxiété extrême, douleur assez forte à la base de la poitrine; pouls dur et accéléré. Une saignée de dix onces apaise ces accidens: le reste de la journée et la nuit assez calmes.

Le 21, le mieux continue ; cependant le sommeil n'est pas tranquille, il est troublé par des songes sinistres. Le malade se croit poursuivi par des ennemis qui veulent l'assassiner : il se débat, il s'agite, au point que deux hommes sont nécessaires pour le retenir dans sont lit. (Même bois., sinap. aux pieds). Cette médication suivie dans la journée du 22 apporte une amélioration bien marquée dans l'état du malade. Mais vers sept heures du soir, le pouls se développe, la peau devient brûlante ; les songes sinistres reparaissent et donnent lieu à des cris perçans, à des mouvemens brusques et saccadés. Une saignée de huit onces est pratiquée immédiatement ; elle est suivie de nouveau d'une légère syncope et ne fait pas disparaître les hallucinations, dont le malade est tourmenté, même étant éveillé : une potion calmante lui est administrée et lui procure un peu de tranquillité ; vers minuit, il finit par s'endormir.

Comme ce trouble présente un caractère de périodicité remarquable, on joint aux sinapismes promenés sur les cuisses, aux mollets et aux pieds, une potion avec le sulfate de quinine prise deux heures avant l'accès : cette potion en diminue considérablement la violence : la peau est moins chaude et devient peu à peu souple et halitueuse ; la nuit est plus paisible que la veille.

Le 24, le malade offre un mieux sensible : l'appétit commence à se faire sentir ; on autorise un bouillon coupé, la journée se passe dans un état satisfaisant. La nuit est moins bonne : il a encore quelques rêvasseries, mais elles sont moins prolongées que de coutume et ne sont point accompagnées de cette violence qui caractérise les premières. Ces accidens cèdent enfin à l'emploi long-temps continué du sulfate de quinine et des sinapismes.

Cependant cet homme éprouve toujours un peu de gêne dans la respiration : il ne peut encore se coucher sur le côté gauche : le droit est proéminent et donne à la percussion un son mat, particulièrement à sa base. La mensuration démontré que ce côté a deux pouces environ de développement de plus que l'autre : néanmoins la succussion n'y fait reconnaître la présence d'aucun liquide. L'application d'un large vésicatoire sur l'endroit affecté diminue un peu cet état anormal ; mais l'absorption de la cantharidine est suivie d'une violente dysurie, qui résiste plusieurs jours aux boissons émulsionnées nitrées, aux bains de siége, etc.

A peine cet accident a-t-il cessé qu'il est remplacé par une violente douleur à l'épaule gauche, prenant également par accès, à l'heure où commençaient naguère les rêvasseries. Combattue pendant long-temps par le sulfate de quinine à l'intérieur, les sinapismes, les vésicatoires sur le point douloureux, elle diparaît enfin par l'application endermique de deux grains d'acétate de morphine.

Dès lors, la convalescence se prononce d'une manière nette et n'est entravée par aucune catastrophe. Comme elle doit être longue, à raison du traitement actif qu'a nécessité la gravité de la maladie, on envoie Favier respirer l'air natal, en attendant son entier rétablissement. Il sort, le 22 avril, pour se rendre à Lille (Nord), ne conservant de ce groupe formidable de symptômes que la faiblesse qui suit ordinairement les grandes déperditions sanguines.

—

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX.

Service de M. MOULINIÉ, chirurgien en chef-adjoint.

Dégénérescence extraordinaire des annexes du testicule. Disparition de cet organe.

Adrien Béliard, âgé de 30 ans, était entré à l'hôpital le 10 avril pour y être traité d'une maladie fébrile, et placé alors dans le service médical. Il avait le testicule droit un peu plus volumineux que le gauche, qui était dans l'état normal. Un vomitif lui ayant été administré, le premier de ces organes augmenta graduellement de volume, sans toutefois qu'il se déclarât de douleurs intenses consécutives ; il forma avec ses enveloppes une tumeur qui devint de plus en plus considérable, et acquit environ 6 pouces de diamètre vertical. Le tact ne faisait point reconnaître cette élasticité, cette souplesse qu'on trouve dans l'hydrocèle ; mais on ne sentait pas non plus la dureté, la pesanteur qui caractérisent le sarcocèle, on sentait seulement une résistance dans les tissus, comme si une membrane était très-épaisse et tendue. L'absence des douleurs, des lancinations, faisait éloigner la pensée d'une dégénérescence squirrheuse. Malgré un examen attentif et le parallèle établi entre les signes de l'hydrocèle et ceux du sarcocèle, il fallut rester dans le doute. Cependant des présomptions s'établirent sur l'altération de la tunique vaginale ; et, dans cette hypothèse, le mode opératoire le plus convenable fut suivi et exécuté, le 27 mai, de la manière suivante : une incision pratiquée au scrotum, longitudinalement, permit de parvenir, par une dissection en dédolant, à la partie la plus déclive de la tunique vaginale. Là une ponction fut pratiquée, et une algalie de femme immédiatement introduite ; il en sortit un fluide roussâtre, mixte séreux, mixte purulent, analogue en couleur et en densité au liquide stercoral qui s'écoule dans les cas d'ouverture des intestins : il n'en différait que par l'odeur. Lorsqu'il fut évacué, le doigt porté dans le clapier, découvrit des cavernes à parois osseuses et cartilagineuses. La tumeur avait diminué de la moitié de son volume, mais elle avait conservé sa forme. Il fut décidé d'en opérer la dissection et l'ablation totale.

L'incision fut prolongée jusqu'à l'anneau inguinal. Le cordon spermatique fut embrassé par une forte ligature qui comprit toutes ses parties constituantes ; mais comme la dissection exacte de ce cordon était fort douloureuse, et qu'en cherchant à découvrir les limites de la tumeur, il eût fallu disséquer très-haut, M. Moulinié retrancha les trois quarts de la tumeur principale, et en laissa l'autre quart, de crainte que la rétraction du cordon ne s'opérât dans l'abdomen, et qu'une hémorrhagie interne ne devînt fatale. La tumeur détachée avait l'apparence d'un sarcocèle ; cependant on devait encore avoir de l'incertitude sur son organisation. L'examen approfondi a fait reconnaître une dégénérescence de la tunique vaginale d'une espèce toute particulière. Il y avait dans sa cavité des cellules osseuses et cartilagineuses remplies d'un liquide putride ; et au lieu du testicule, on n'a

trouvé qu'une coque formée par la membrane albuginée, qui avait subi une grande distention ; le tissu du testicule s'était fondu et avait complétement disparu. Il y avait une exubérance de peau, et la dissection ayant été arbitraire sur le tissu dégénéré, une portion de ce tissu y était resté adhérent ; un isolement complet des tégumens eût été difficile et très-douloureux. Néanmoins la peau s'est merveilleusement rétractée, et est couverte à sa face interne de bourgeons vasculaires de très-bonne nature. Le pédicule restant a été reséqué des deux tiers ; il ne restait plus qu'un petit champignon qui s'est sphacèlé, qu'une ligature tendait à séparer du cordon, et dont la chute s'est effectuée le 19 juin. Le malade est dans l'état le plus satisfaisant ; il touche à sa guérison. (*Bull. méd. de Bord.*)

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

JUIN 1834.

N° DU 15.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

—

Du sassafras, de la salsepareille, de la squine et de la bourrache, étudiés comme moyens sudorifiques.

J'ai publié, il y a quelque temps, une note sur la résine et l'extrait aqueux de gayac, et mon intention était de continuer l'examen des principaux moyens dits sudorifiques, et particulièrement du sassafras, de la salsepareille, de la squine et de la bourrache, qui jouissent entre tous de la meilleure réputation; je voulais terminer par l'étude de la sueur prise du point de vue de la thérapeutique. Cette tâche n'ayant point été accomplie, je vais aujourd'hui la reprendre.

SASSAFRAS.—Un très-grand nombre de sujets ont fait usage du sassafras sous mes yeux. C'est l'infusion, la plus vantée des préparations de ce bois, qui leur a été prescrite. Dans les hôpitaux on prépare les infusions en versant une pinte d'eau bouillante sur chaque demi-once de ce bois râpé. En ville, soit dans ma pratique particulière, soit comme médecin du premier dispensaire de la société philantropique, je l'ai souvent administré à plus haute dose. Très-souvent les malades ont pris deux et même trois pots de cette infusion dans la journée; et chez la plupart ce traitement a été continué au-delà de 10, de 15 et même de 20 jours. C'étaient des sujets d'âge, de constitution, de tempérament très-variés, affectés de rhumatismes, de goutte, de syphilis, de névralgies diverses, enfin d'affections douloureuses des membres, des organes des sens ou du tronc, difficiles à localiser et survenues après la suppression de quelque transpiration habituelle.

Je dois à la vérité de dire que dans tous ces cas l'infusum de sassafras, quand il n'a pas été secondé par ce qu'on nomme le régime sudorifique, s'est montré sans vertu. Dans un très-petit nombre de ces cas seulement, les malades accusèrent un peu de sueurs. Ainsi un jeune homme de 21 ans, affecté de lombago eut quelques sueurs la nuit, pendant qu'il faisait usage de deux pots par jour d'infusum de sassafras. Une femme frappée d'amaurose à la suite de la suppression d'une transpiration très-abondante et très-fétide de toute la peau du crâne, sua quelquefois le jour pendant qu'elle buvait une égale quantité de la même tisane; mais on cessa le sassafras et les sueurs n'en furent que plus abondantes. Un homme affecté de rhumatisme goutteux prit de cette boisson pendant 22 jours, et il eut quelquefois la nuit un peu de sueur, mais toujours fort peu. Enfin un autre homme, qui avait de vives douleurs le long du trajet des nerfs sciatiques, présenta le même phénomène; mais la sueur était due certainement moins au sassafras qu'à la fièvre dont il était pris chaque nuit et qui tenait à des désordres organiques fort graves que l'ouverture du corps fit connaître plus tard.

Dans tous les autres cas, l'infusum de sassafras s'est montré à moi complétement inerte, le médicament agissant seul, et je dois dire en résumé que toutes les observations que je possède et celles en bien plus grand nombre que je n'ai pas recueillies exactement, à cause de l'inaction évidente du médicament, me conduisent directement à une conclusion toute contraire aux propriétés sudorifiques généralement supposées au sassafras.

SALSEPAREILLE. La salsepareille a joui et jouit encore, pour un grand nombre de praticiens, de la vertu d'exciter le système exhalant de la peau. La plupart la prescrivent pour remplir cette indication, en décoction ou en extrait aqueux. J'ai recueilli des observations sur l'un et l'autre mode de préparation.

Salsepareille en décoction.—La salsepareille que l'on emploie pour les décoctions dans les hôpitaux est de fort bonne qualité; on en met une demi-once par pinte de liquide. Un très-grand nombre d'individus ont pris sous mes yeux par jour deux ou trois pintes de cette décoction; et quoique je pense qu'on doive avoir plus de confiance dans les observations recueillies dans les hôpitaux, où les médicamens sont en général plus sûrement et plus fidèlement administrés qu'en ville, et en même temps d'une quantité au moins égale, presque toujours j'ai vu le décoctum de salsepareille *sans aucun effet*. Je pourrais citer à l'appui de cette assertion plus de quarante observations de malades qui en ont pris la quantité que j'ai indiquée plus haut, pendant dix, quinze et même vingt-cinq jours sans interruption comme sans résultat.

Quelques-uns ont sué moins que de coutume, quelques

autres un peu plus. Presque tous ont été soulagés à la longue des maux pour lesquels on les mettait à cette boisson ; mais je pense que la salsepareille entrait beaucoup moins comme élément dans leur guérison ou leur soulagement que d'autres moyens qu'on se voyait souvent obligé de lui adjoindre ou de lui substituer, comme le rèpos au lit, des bains, des préparations opiacées.

Je ne m'arrêterai donc pas plus long-temps sur les propriétés de ce décoctum ; ce serait faire une liste fastidieuse de rhumatismes, de sciatiques, de névralgies, de dysménorrhées, de syphilis, dont je serais forcé de terminer chaque partie en disant que les effets physiologiques ou thérapeutiques obtenus de la salsepareille en décoction ont été nuls.

Salsepareille en extrait aqueux. — L'extrait aqueux de la salsepareille a été administré beaucoup moins souvent sous mes yeux, et seulement dans les hôpitaux. Celui que j'ai vu donner était préparé à froid et de la meilleure qualité ; je l'ai vu prescrire par M. Bally à des doses variées, depuis un gros jusqu'à une once.

A haute dose, il a donné des coliques et même une diarrhée momentanée assez abondante à un dartreux ; ce phénomène peu intense fut encore moins prononcé chez deux ou trois autres malades. C'est là tout ce que j'en ai vu résulter sur une douzaine de malades qui en ont pris sous mes yeux chacun pendant plusieurs jours. Ce médicament est tout aussi peu actif que l'extrait aqueux de gayac.

Je ne l'ai jamais prescrit en ville que comme intermède inerte à introduire dans des pilules chargées de quelque substance plus active.

SQUINE. — Tout ce que je puis dire de la squine, c'est que toutes les fois qu'elle a été administrée sous mes yeux, elle m'a paru parfaitement inactive. Tout récemment encore une malade du premier dispensaire de la société philantropique m'a très-sérieusement remercié de la tisane que je lui donnais, et qui avait arrêté une sueur nocturne qu'elle trouvait incommode. Cette tisane était une décoction de squine. *Ab uno disce omnes.*

BOURRACHE. — J'ai les observations complètes de vingt malades à qui l'on a administré expérimentalement par jour deux pots d'un infusum fait avec deux gros et demi de bourrache par pinte d'eau, et cela pendant douze à quinze jours.

De ces vingt malades, cinq ont présenté, sous l'empire de l'infusum fait comme je l'ai dit, une augmentation de la transpiration cutanée. Ces malades sont tous cinq des rhumatisans. Le premier eut un peu plus de sueur le premier jour qu'on lui donna de la bourrache, et cet effet ne se répéta plus par la suite ; le second et le troisième suèrent beaucoup une seule nuit ; le quatrième et le cinquième éprouvèrent la même chose pendant un jour et une nuit, mais ils avaient pris un bain le matin.

Y a-t-il là de quoi conserver à la bourrache le titre de sudorifique ? Sur tout ce que j'ai vu alors, et depuis, un très-grand nombre d'essais ne m'ont pas mieux réussi. J'ai cessé d'en tenir compte, parce qu'ils étaient parfaitement insignifians.

Il résulte, en résumé, de toutes ces observations, que les substances dont j'ai parlé jusqu'ici, la résine et l'extrait aqueux de gayac, le décoctum et l'extrait aqueux de salsepareille, l'infusum de sassafras et de bourrache, et le décoctum de squine, pris dans les conditions que j'ai indiquées, n'ont point de vertu sudorifique manifeste ; que ces substances ne sont point sudorifiques par elles-mêmes ; qu'elles ne le deviennent que par le régime sudorifique avec lequel on prétend aider leur action ; qu'il n'y a dans ces substances rien qui, médicalement parlant, les rende plus propres que beaucoup d'autres à entrer dans ce régime ; et qu'à moins de raisons particulières que je ne peux pas prévoir il y a, le sassafras excepté, une foule d'autres moyens plus agréables et plus commodes qui peuvent tout aussi bien remplir les mêmes indications et les remplacer dans le régime sudorifique, sans fatiguer comme eux le goût et l'estomac.

Dans un prochain article je reviendrai sur l'étude thérapeutique de la fonction qui fait le sujet de cette note.

S. SANDRAS.

De l'agaric blanc, pour combattre les sueurs chez les phthisiques.

Dans l'impuissance, depuis si long-temps et tant de fois constatée, où se trouve la thérapeutique d'opposer à la lésion organique qui constitue la phthisie pulmonaire des moyens directs propres à la combattre, les médecins ont dû faire effort pour trouver dans la matière médicale des agens qui pussent être employés avec quelque chance d'utilité contre quelques-uns des symptômes nombreux que développe cette affection. L'anatomie pathologique, ralliant aux altérations organiques les phénomènes morbides obtenus pendant la vie, a sans doute rendu d'immenses services à la pathologie proprement dite ; mais en concentrant trop l'attention des observateurs sur la lésion qu'elle constate, peut-être a-t-elle nui dans plusieurs cas au progrès de la thérapeutique. Ainsi est fait l'esprit humain ; quand, dans son développement progressif, il est arrivé à trouver quelque donnée nouvelle, dans la chaleur de son enthousiasme il en épuise tout d'abord toutes les conséquences.

Depuis quinze ans environ, la thérapeutique procède suivant les erremens de la doctrine physiologique ; elle est arrivée par-là à quelques résultats heureux, mais on en a retiré à peu près tout ce qu'on pouvait obtenir. Il est donc essentiel d'entrer dans une autre voie. Il est possible que l'empirisme, s'éclairant des lumières de l'observation moderne, appliquant ses moyens dans des conditions mieux déterminées, ne se heurtant plus en aveugle contre des altérations organiques inconnues, il est possible, disons-nous, que l'empirisme, se mettant de nouveau à l'œuvre et avec des moyens d'expérimentation plus complets, arrive à quelques conquêtes thérapeutiques importantes. Peut-être la découverte d'un nouveau *cowpox*, d'un nouveau sulfate de quinine, est-elle promise à ses laborieux essais. M. le professeur Andral, qui est un des auteurs modernes auxquels l'anatomie pathologique doit ses plus importantes découvertes, sait bien que les données que fournit cette belle science à la thérapeutique sont assez limitées, et qu'elles demandent comme d'elles-mêmes à se compléter par celles que peut

fournir l'expérimentation clinique ; aussi ne se lasse-t-il point de demander à celle-ci ses lumineux enseignemens. Chargés de tenir le cahier d'observations de ce professeur, nous nous proposons de mettre de temps en temps sous les yeux des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* quelques-uns des résultats auxquels il sera parvenu. Nous commencerons aujourd'hui par rapporter quelques cas de phthisie pulmonaire dans lesquels l'agaric blanc paraît avoir exercé une influence heureuse pour faire cesser, ou au moins pour diminuer les sueurs qu'on observe si souvent dans cette grave affection.

Déjà à différens intervalles, divers praticiens ont tenté l'emploi de cet agent. Ainsi Dehaën cite un cas où les sueurs abondantes d'un phthisique cessèrent assez rapidement après l'emploi de l'agaric à l'intérieur, pour qu'il ait pu rapporter à l'influence de cet agent la cessation de cet accident. Barbut a rassemblé également, dans un mémoire inséré il y a quelques années dans le *Journal de Médecine*, un certain nombre de cas où il a obtenu le même succès. M. le docteur Toël, enfin, a publié en 1831 une petite brochure dans laquelle il cherche à établir l'efficacité de l'agaric dans les circonstances dont nous parlons. Les faits que nous allons rapporter ici, joints à ceux qui ont été publiés par ces différens médecins, fixeront sans doute l'attention des observateurs sur cet agent, qui peut-être par-là sortira de l'oubli auquel il semble condamné depuis si long-temps.

L'agaric dont il s'agit est l'agaric blanc, l'agaric du mélèze (*Boletus laryces*, L.). Analysé par M. Braconnot, ce chimiste l'a trouvé composé d'une matière résineuse particulière, d'un extrait amer et de fongine. On ne sait quel est de ces divers principes celui auquel doit être attribuée la propriété signalée. C'est pourquoi il doit être employé en nature ; la forme sous laquelle l'administre M. le professeur Andral est la forme pilulaire. Dans ses premiers essais, incertain du mode d'action de cette substance, il l'a d'abord prescrite à la dose de deux grains par jour ; mais en augmentant successivement la quantité il a remarqué que la muqueuse digestive ne s'en offensait point. Instruit par cette expérience, il ne craint point de débuter aujourd'hui par six ou huit grains en deux pilules, élevant successivement la dose jusqu'à trente-six grains qu'il divise en six pilules, et que les malades prennent de deux heures en deux heures.

Mentionnons maintenant quelques observations.

Obs. I. Le nommé Bouchey, âgé de trente-huit ans, boulanger, n'ayant jamais eu de crachement de sang, fut pris, il y a sept mois, après avoir travaillé quelque temps dans une cave humide, d'un rhume qui a persisté jusqu'à son entrée à l'hôpital, le 16 mai. Il a peu maigri, mais a perdu ses forces ; le côté droit de la poitrine présente en avant et en arrière, à la percussion, un son évidemment moins clair que le côté gauche. Le bruit respiratoire est aussi manifestement plus faible dans tout le côté droit ; la toux est assez fréquente et provoque de temps en temps des vomissemens ; crachats médiocrement abondans ; trente-deux respirations par minute, pouls à quatre-vingt-douze pulsations. Point de sueurs le jour d'entrée du malade, le lendemain sueurs abondantes durant le sommeil. Ces sueurs commencent le 17, continuent jusqu'au 21. Le 21, on prescrit trois pilules contenant chacune deux grains de poudre d'agaric blanc. Le 22, le malade se plaint d'un léger mal à la gorge, la langue est un peu sèche, mais l'épigastre et le ventre sont indolens à la pression ; une seule selle solide. Les sueurs tout aussi abondantes que les jours précédens. M. Andral augmente la dose de l'agaric ; il en prescrit dix grains divisés en cinq pilules. Le 23, absence complète de sueurs. La même quantité d'agaric, et toujours sous la même forme, est ainsi prescrite chaque jour jusqu'au 28, et chaque matin ce malade se félicite de ne plus suer la nuit. Quant aux fonctions digestives, nous n'avons point observé que l'ingestion de cette substance les troublât en aucune façon.

Obs. II. Le nommé Vivienne, âgé de trente-sept ans, couché au n° 21 de la salle Saint-Léon, présente un ensemble de symptômes si tranchés qu'on ne peut douter qu'il ne soit atteint de tubercules encore peu avancés. Depuis deux mois il sue régulièrement chaque nuit et de tout le corps. Le troisième jour de son entrée, le 22 mai, le malade est mis à l'usage de l'agaric. On débute par six grains divisés en deux pilules. Les sueurs continuent tout aussi abondantes que les jours précédens. Le 24, neuf grains d'agaric en trois pilules ; mêmes sueurs. Le 26, on continue d'augmenter progressivement la dose de l'agaric, dont on prescrit douze grains, qui doivent être divisés en quatre pilules. Pour la première fois, le malade nous dit qu'il a évidemment moins sué, bien qu'il ait dormi autant que les nuits passées. Même prescription. Le 27, sommeil de quatre heures, calme. Au réveil, le malade, suivant la recommandation qui lui en avait été faite, observe bien l'état de sa peau ; il la trouve sèche et sans aucune moiteur. Le 28, le 29, le 30, on insiste sur l'usage de la même substance, qu'on porte graduellement à la dose de seize, vingt et trente grains, et pendant les quatre nuits correspondantes, absence totale de sueurs. A partir du 30 on suspend les pilules ; le malade demeure encore quatre ou cinq jours dans les salles sans que les sueurs reparaissent. Nous terminerons cette observation en faisant remarquer que pendant tout le temps que Vivienne a été soumis à l'action de l'agaric, l'examen le plus attentif de ses voies digestives n'a pu nous faire découvrir le plus léger trouble de ce côté.

Obs. III. La femme Ledue, couchée au n° 17 de la salle Saint-Martin, âgée de quarante-huit ans, a été toute sa vie fort sujette à s'enrhumer ; elle a eu quatre ou cinq hémoptisies, dont une surtout a été fort abondante. Depuis deux ans, la marche ascendante ou rapide gêne beaucoup sa respiration ; depuis le même temps elle a maigri d'une manière sensible. L'auscultation et la percussion ne fournissent que des données douteuses. Cependant, depuis dix jours environ, elle a constamment des sueurs nocturnes abondantes ; c'est ce symptôme qui fixe le plus son attention et paraît l'inquiéter d'avantage. Dès le second jour de son arrivée, M. Andral lui prescrit neuf grains d'agaric en trois pilules ; les sueurs restent les mêmes. Même prescription le 5 mars ; moins de sueurs. La malade fait cette déclaration d'elle-même, sans question qui la provoque. Le 7, par oubli, la malade ne reçoit point de pilules, et les sueurs reviennent avec leur abondance première. Le 8, cette omission n'a plus lieu, les sueurs ont diminué notablement de quantité. Le 9, le même agent est continué ; la peau n'a pas offert la moindre moiteur. Jusqu'au 18, chaque jour la malade a pris la même dose d'aga-

ric, et la sueur ne s'est point remontrée. Aujourd'hui, 7 juin, la malade est revenue à la Pitié, pour une toux qui la fatigue depuis quelques jours, et nous avons pu nous assurer que les sueurs n'avaient point reparu.

Nous pourrions rapporter ici deux autres cas où l'agaric, sans avoir eu une efficacité aussi évidente que dans les cas précédens, paraît cependant n'avoir point été dépourvu de toute espèce d'action, puisque, tant que les malades ont été sous son influence, nous avons vu les sueurs diminuer d'abondance. Mais ce sont là des demi-succès qui ne parlent point assez haut en faveur d'un moyen pour décider les praticiens à en tenter l'emploi. C'est pourquoi nous ne rapportons point ces cas avec détail et nous nous bornons à les indiquer.

Nous terminerons cette note par la relation d'un fait qui, laissant moins de prise à l'argument tiré des coïncidences, prouve peut-être plus que les autres l'efficacité du médicament dont il s'agit. Ce fait est relatif à un cordonnier âgé de cinquante-cinq ans, et qui pendant fort long-temps a été couché au n° 21 de la salle Saint-Léon. Cet individu (phthisique) était sujet depuis un an à des sueurs nocturnes abondantes qui rarement manquaient. M. Andral le met à l'usage de la poudre d'agaric ; peu à peu les sueurs diminuent d'abondance, et finissent par cesser presque complétement. Les pilules sont alors suspendues ; bientôt les sueurs reparaissent avec leur abondance ordinaire : l'agaric est repris de nouveau ; les sueurs diminuent et finissent par cesser totalement. Dans les derniers jours du séjour du malade à l'hôpital, nous avons, il est vrai, noté la réapparition du même accident ; mais le malade nous offrit alors quelques conditions morbides nouvelles, dont on comprend très-bien que le retour des sueurs a pu être le résultat, et que l'agaric était impuissant à prévenir.

En résumé, bien que les faits que nous venons de rapporter soient trop peu nombreux pour que nous puissions en conclure définitivement que l'agaric blanc est un moyen sûr pour combattre les sueurs nocturnes des phthisiques, pourtant nous croyons que ces faits sont assez tranchés pour fixer au moins l'attention des praticiens sur ce point. Sans doute, à côté des cas produits, nous aurions pu en placer d'autres, aussi nombreux, où nous avons vu la même substance employée dans des circonstances indentiques, en apparence au moins, échouer manifestement. Mais qu'est-ce à dire ? quel médicament si héroïque ne manque jamais son effet ? Le sulfate de quinine, l'argument éternel des gens qui ont la foi contre ceux qui ne l'ont pas, n'a-t-il point à déplorer lui-même ses revers ? D'ailleurs il s'agit ici, d'une part, d'une maladie qui tue infailliblement ; de l'autre, d'un médicament qui ne peut point accélérer le terme fatal et qui peut le retarder : tout est en faveur des tentatives qu'on peut faire pour en déterminer le mode d'action. Pour nous, bien convaincus de l'innocence de cet agent qu'on peut porter jusqu'à la dose de trente-six grains (et sans doute à une dose plus grande encore) sans que la muqueuse gastro-intestinale s'en offense, nous n'hésiterons point à y recourir quand la circonstance s'en présentera. Que penser de la plupart des auteurs de matière médicale, qui parlent de ce moyen comme d'un drastique extrêmement énergique, qu'on ne peut se hasarder à prescrire à une dose plus élevée que celle de trois ou quatre grains ? En vérité, il y a bien des choses à refaire en thérapeutique.

MAX. SIMON.

THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

—

De l'emploi de l'éponge préparée dans le traitement de l'ongle rentré dans les chairs; Par M. BONNET, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

C'est une maladie bien simple en apparence et cependant bien rebelle à nos moyens curatifs, que l'inflammation développée autour de l'ongle du gros orteil. Entretenue par la présence d'un produit, véritable corps étranger, elle ne tend jamais à la guérison naturelle, résiste aux médications simples qu'on lui oppose, et ne cède qu'à l'arrachement de l'ongle, à l'excision ou à la cautérisation des chairs. Aussi le malade qui en est affecté s'abandonne-t-il long-temps aux souffrances qu'elle lui cause, et ne se décide-t-il aux moyens efficaces que lorsqu'il y est contraint par la vivacité de ses douleurs et par la nécessité du repos. Il guérit alors par une opération cruelle, suivie d'un traitement toujours long et pénible. Cependant la guérison si difficilement obtenue ne peut avoir qu'une durée temporaire, et cela non-seulement par cette tendance générale qu'ont à se reproduire toutes les inflammations une fois dissipées, mais par suite des conditions physiques dans lesquelles l'opération a laissé les parties malades. L'ongle arraché, les deux replis de la peau que sa présence tenait écartés se rapprochent, en laissant plus étroit l'intervalle qui existait entre eux ; le nouveau produit, développé dans une matrice qui a conservé toute son étendue, s'avance aussi large que l'ongle qu'il remplace, rencontre les chairs, entre au milieu d'elles, et produit de nouveau l'inflammation que son arrachement ne fera cesser que pour un temps limité. Si par le cautère ou par le bistouri l'on n'a détruit les chairs qui recouvraient la surface de l'ongle : la pression que celui-ci peut exercer sur la pulpe de l'orteil par son bord latéral ne continue pas moins à se faire sentir douloureusement, et dans tous les cas la cicatrice qu'a laissée l'opération, comme toutes celles des membres inférieurs, tend à se recouvrir par l'influence de la marche et par celle des frottemens.

L'emploi presque général de moyens aussi douloureux dans leur exécution, aussi incertains dans leurs effets que ceux dont je viens de parler, prouve assez l'insuffisance des méthodes plus simples, telles que la dilatation par la charpie ou par les plaques métalliques, la section du côté de l'ongle opposé à celui qui avoisine l'inflammation, la cautérisation ou l'ablation superficielle de sa portion centrale. Il est donc inutile d'examiner ces méthodes les unes après les autres, et de faire voir isolément leur inutilité ou leur peu de valeur. La réponse à chacune des questions que leur examen pourrait soulever, résultera du reste de l'examen général des indications à remplir.

Il semble, en lisant les auteurs qui ont écrit sur les moyens

de dégager du milieu des chairs l'ongle incarné, qu'il suffise d'en soulever les bords par des substances placées au-dessous de lui, et d'affaisser en même temps les parties molles qui le débordent. Une observation, même légère, peut faire voir tout ce qu'il y a d'incomplet et d'erroné dans cet aperçu. Lorsqu'une contusion ou une piqûre a produit l'inflammation de la peau et du tissu cellulaire qui environnent l'ongle, la surface de celui-ci est peu à peu recouverte sur sa base et sur ses côtés; ses parties moyenne et antérieure restent seules à découvert. Dans ce cas, de tous le plus commun, le produit épidermoïde n'a éprouvé aucune altération; il ne s'agit en aucune manière d'en soulever les bords restés à leur niveau; les parties vivantes, seules altérées, doivent seules être soumises à l'influence des modificateurs; les éloigner du centre de l'ongle en les repoussant en arrière ou en les portant sur les côtés, les affaisser ensuite, voilà les indications à remplir, voilà le but que l'on doit atteindre. Sans doute il est des circonstances dans lesquelles l'ongle, pressé sur ses deux bords latéraux, augmente de convexité, et par suite oppose des arêtes tranchantes à la pulpe du gros orteil, soulevée par le sol sur lequel il appuie dans la station ou dans la marche; sans doute alors il faut soulever le bord enfoncé de l'ongle; mais ce ne peut être qu'après l'avoir mis à nu, en déjetant sur les côtés et en abaissant les chairs qui le recouvrent; ce ne peut être, en un mot, qu'après avoir rempli les indications que je signalais plus haut, reconnues dès lors comme se présentant dans l'universalité des cas, tandis que le soulèvement de l'ongle ne doit être essayé que secondairement et dans des circonstances particulières.

Que l'on se demande à présent quel est celui d'entre les moyens par lesquels on ne cherche qu'à modifier les parties malades, qui puisse remplir des indications aussi complexes; que l'on s'étonne de l'insuffisance de ceux employés jusqu'ici! La charpie sèche ou imbibée de solution caustique peut bien réussir, il est vrai; mais ce ne peut être que dans les cas faciles, et après un traitement long, qui n'est point toujours exempt de douleurs. Remarquez, en effet, que la charpie ne se développant que d'une manière faiblement appréciable par l'action de l'humidité, l'écartement des parties que l'on veut séparer augmente à peine d'un pansement à l'autre, marche dès lors avec beaucoup de lenteur, et que, pour l'accélérer, l'on se voit dans la nécessité de presser avec une certaine force le corps dilatant entre l'ongle et les chairs. L'*éponge* préparée offre un moyen facile et sûr d'éviter tous ces inconvéniens; comprimée fortement après sa dessiccation par un lien circulaire, elle tend à se développer aussitôt que la constriction cesse, par l'effet de son élasticité et par celui des liquides qui pénètrent ses pores; elle acquiert ainsi, lorsqu'elle est soumise à l'action de l'humidité, un volume cinq ou six fois plus considérable que celui qu'elle avait auparavant. Il suffit donc, pour soulever les chairs, les renverser vers leur point fixe, et dès lors mettre à découvert la surface de l'ongle, d'en insinuer entre celui-ci et la peau, des morceaux minces et dès lors susceptibles de pénétrer sans effort. L'accroissement que leur font prendre les liquides versés par les tissus enflammés suffit dans quelques heures pour opérer un écartement considérable.

Ces notions préliminaires une fois établies sur les indications à remplir dans le traitement de l'ongle incarné et sur les propriétés de l'éponge soumise à une constriction préalable, il est facile de déterminer le mode suivant lequel celle-ci peut être employée : je me bornerai à décrire le procédé que j'emploie, sans donner la raison de chaque détail de pansement.

Première indication. Découvrir la surface de l'ongle. Lorsque, par le repos et par l'emploi des cataplasmes, l'inflammation aiguë a été dissipée et, dès le début du traitement si le gonflement et la douleur ne sont pas très-considérables, l'on insinue entre l'ongle et le bord de toutes les portions de peau qui le recouvrent, des morceaux d'éponge assez minces pour entrer sans effort; on les soutient par un cylindre ou deux de la même substance placés dans la direction de l'ongle, s'étendant dans toute sa longueur, et offrant assez de volume pour dépasser le niveau des parties enflammées. Des bandelettes de diachylon, de deux à trois lignes de diamètre maintiennent ces pièces de pansement; les premières sont longitudinales; elles servent à envelopper l'extrémité du doigt et à repousser les cylindres contre la peau qui recouvre la racine de l'ongle; les suivantes sont légèrement obliques, plus transversales, disposées et se recouvrant comme dans un bandage de Scultet; leur partie moyenne placée sur l'ongle, les deux extrémités sont ramenées l'une vers l'autre au-dessous de l'orteil; un léger effort que l'on fait pour les rapprocher attire en dehors les cylindres d'éponge, dont le mouvement entraîne celui des chairs, et qui, saillans au-dessous d'elles, les préservent de la compression douloureuse que les bandelettes pourraient leur faire subir. Les pansemens sont renouvelés une fois au moins chaque jour; et tel est le changement qui s'opère dans leur intervalle, qu'en vingt-quatre heures les chairs peuvent avoir été repoussées dans l'étendue d'une ligne, et que dès lors il est possible en quelques jours de dénuder l'ongle aussi complétement qu'il peut l'être dans l'état naturel.

Seconde indication. Affaisser les chairs. Lorsque l'on est parvenu à déjeter les parties molles assez complétement en dehors pour que le bord de l'ongle commence à être découvert, les cylindres, qui jusque-là les avaient défendus d'une compression de haut en bas, sont placés directement sur elles, maintenus par des bandelettes de diachylon, et renouvelés jusqu'à ce qu'ils les aient repoussées au-dessous de la partie inférieure de l'ongle.

Troisième indication. Relever l'ongle. Arrivé à ce point, le traitement peut être considéré, dans la plupart des cas, comme terminé, du moins sous le rapport physique. S'il reste encore quelque lésion, la présence de l'ongle ne lui imprime aucun caractère spécial; mais si des causes quelconques ont déformé cette production dure et l'ont enfoncée dans les chairs, il faut la relever par l'introduction des éponges placées au-dessous d'elle. Cette partie du traitement, facilitée par les opérations précédentes, ne peut offrir aucune espèce de difficulté.

Lorsque toutes les indications que nous venons de signaler ont été remplies, il peut se faire que le malade souffre encore, que la marche soit difficile, et qu'une cause d'irritation, même légère, suffise pour ramener les accidens. Ces conditions se retrouvent toutes les fois que les ulcères ne sont pas complétement cicatrisés, que la suppuration existe dans le tissu cellulaire ou séjourne au-dessous de l'ongle.

celui-ci doit alors être arraché ; il se détache sans beaucoup de peine, ou bien l'on doit continuer la compression par les bandelettes de diachylon, dans le but de cicatriser les ulcères ou de produire le recollement de la peau.

Je n'ai fait que sur quatre malades l'essai de l'éponge préparée. Chez tous la guérison a été la suite du traitement, mais le temps qu'elle a nécessité a varié de neuf à trente jours. Les différences si nombreuses que présentent les ongles incarnés rendent parfaitement compte de la diversité de ces résultats. L'inflammation peut être plus ou moins vive, bornée à la peau qui avoisine l'un des côtés de l'ongle, ou bien étendue à l'un et à l'autre de ses côtés ; des ulcérations et des abcès peuvent ou non s'être développés ; la forme de l'ongle s'est conservée intacte ou bien s'est altérée ; enfin les pansemens peuvent être faits avec plus ou moins de précaution, le repos plus ou moins exactement observé.

Le premier malade que j'ai traité fut complétement guéri en neuf jours. L'inflammation des parties molles était peu vive, l'ulcération superficielle, l'ongle sans difformité. Lorsque celui-ci fut dénudé, je connus que les chairs le recouvraient de deux lignes sur son bord interne, de trois sur son côté externe, de deux et demie vers sa base. Les pansemens furent répétés le matin et le soir ; je les fis moi-même avec tout le soin que l'on peut mettre à un essai dont les résultats sont incertains et le succès vivement désiré. Le malade sortit le neuvième jour du traitement, marchant sans aucune douleur ; je lui recommandai de continuer l'emploi des bandelettes. Treize jours après je le revis, et quoiqu'il eût vaqué à toutes ses occupations, son mal n'était point revenu : tout faisait espérer que sa guérison serait solide.

L'orteil du malade qui fait le sujet de la seconde observation n'était douloureux qu'à sa partie interne, légèrement enflammé, sans ulcération et sans déformation de l'ongle. Seulement celui-ci ayant été arrondi et coupé aussi profondément que possible, les chairs, privées de l'appui qu'il leur offre à sa partie antérieure, s'étaient avancées de manière à recouvrir au moins le tiers de la surface libre.

Les pansemens répétés chaque matin, mais omis quelquefois le soir, durent être continués pendant douze jours pour obtenir une guérison complète. Il est à noter du reste que le dixième jour le malade, ayant été pansé avec soin, put faire deux lieues dans la journée sans éprouver beaucoup de douleur et sans aggraver son état.

L'on voit que des conditions assez favorables à la guérison existaient chez les deux malades dont je viens de rapporter sommairement l'histoire. Il n'en est pas de même du troisième : chez lui, les orteils droit et gauche étaient malades, l'inflammation très-vive, la durée du mal de près d'une année, les ongles de chaque côté profondément arrondis, recouverts dans l'étendue de trois à quatre lignes par les chairs exubérantes, celles-ci superficiellement ulcérées et saignant au moindre attouchement. La guérison ne fut complète qu'au bout de vingt-quatre jours. L'emploi du traitement spécial dut être précédé de l'application de cataplasmes émolliens ; la sensibilité des parties obligea d'éloigner les pansemens de vingt-quatre, et même quelquefois de quarante-huit heures ; enfin il fut nécessaire de soulever les ongles qui paraissaient fortement recourbés, et au-dessous desquels existaient quelques ulcérations.

Le résultat le plus satisfaisant que m'ait procuré le traitement par l'éponge préparée est celui que j'obtins sur un cordonnier qui ne cessa pas de vaque à ses occupations, et vint tous les deux jours se faire panser à l'Hôtel-Dieu. Les conditions dans lesquelles ce malade était placé, assez semblables à celles que j'ai décrites dans la première observation, étaient cependant un peu plus graves par suite de la vivacité qu'avait acquise l'inflammation, et de la courbure augmentée de l'ongle que l'on fut obligé de relever. Des cataplasmes et des bains ayant été employés pendant six jours, l'on commença la dilatation. La guérison ne fut complète qu'au bout d'un mois ; elle s'est très-bien maintenue depuis. Ce malade, comme tous les autres, a continué pendant quelque temps l'emploi des bandelettes de diachylon.

Le petit nombre d'observations que je viens de citer ne permettrait point de prononcer de la valeur des moyens que je propose, si ces moyens devaient être rangés parmi ceux que l'expérience seule peut juger ; mais ayant, comme les procédés opératoires, une action toute physique, ils peuvent être appréciés comme eux par l'application des connaissances acquises sur la structure des parties et sur le mode d'après lequel celles-ci réagissent contre les influences extérieures. Je crois donc pouvoir les faire connaître dès à présent, convaincu qu'ils produiront entre les mains de tous les médecins les résultats satisfaisans qu'ils m'ont donnés jusqu'ici.

A. Bonnet.

Mode de traitement adopté à l'hôtel-Dieu pour les abcès par congestion.

Rien de plus commun, comme chacun sait, que les abcès par congestion siégeant aux lombes, au pli de la fesse, à l'aine, etc., et qui sont produits par une carie des vertèbres, mais aussi rien de moins fixe, rien de moins certain que le traitement local, recommandé par les auteurs, contre cette maladie. Ouvrez en effet les livres les plus estimés et qui se trouvent entre les mains des élèves et des praticiens, vous trouvez que les uns conseillent d'ouvrir ces abcès, aussitôt qu'ils paraissent, à l'aide d'une ouverture très-étroite, très-oblique, et de refermer l'ouverture jusqu'à ce que la congestion du pus, s'étant reformée, elle nécessite une nouvelle évacuation faite de la même manière. Pour prévenir l'entrée de l'air atmosphérique d'une manière plus sûre, ils recommandent la pointe d'un bistouri très-étroit, une aiguille à cataracte, sur la piqûre de laquelle ils placent des ventouses afin d'attirer au dehors la matière ; ou bien une aiguille assez épaisse et solide, chauffée à blanc, espérant que la tuméfaction produite par la brûlure mettra ensuite en contact les lèvres de la plaie, et la fermera complétement. D'autres auteurs veulent au contraire qu'on ouvre largement ces foyers et qu'on donne complétement issue au pus qu'ils renferment ; enfin il y en a qui veulent qu'on abandonne ces abcès à la nature et qu'on les laisse s'ouvrir d'eux-mêmes. Voilà des doctrines diamétralement opposées et que l'on trouve cependant consignées dans les meilleurs auteurs. Le jeune praticien doit donc éprouver un grand em-

barras quand il est appelé pour traiter un abcès par congestion. Voici la pratique suivie à l'Hôtel-Dieu :

M. Dupuytren blâme à la fois les petites comme les larges ouvertures faites aux abcès par congestion. C'est en vain, dit-il, qu'on cherche à imiter la nature qui, lorsqu'elle guérit les malades, le fait, il est vrai, à l'aide de petites ouvertures ; mais on l'imite mal, car on ne prévient pas l'entrée de l'air dans l'intérieur des foyers. Les grandes incisions ont tous les inconvéniens de ces petites ouvertures, moins celui du séjour du pus. J'ai (disait hier encore ce professeur à sa clinique) usé pendant un grand nombre d'années de ces méthodes, et je n'en ai retiré aucun avantage ; toujours j'ai vu l'air, en pénétrant dans les foyers, déterminer les accidens les plus graves des inflammations du mauvais caractère, et les malades succomber beaucoup plus promptement que s'ils avaient été livrés à eux-mêmes ; aussi en suis-je arrivé à ce point maintenant de ne jamais toucher à un abcès par congestion, et d'abandonner complétement, sous ce rapport, la maladie à la nature.

Les abcès par congestion dépendent de la carie d'une ou de plusieurs vertèbres ; c'est une des affections les plus graves dont l'homme puisse être atteint. Presque toujours elle est mortelle ; toutefois, quelques faits bien observés prouvent que l'affection du rachis peut guérir ainsi que l'abcès par congestion, que l'on doit nommer plus justement *symptômatique*, comme le fait M. Dupuytren. Traitée activement par les moxas, les cautères, les médicamens et un régime hygiénique propre à combattre la cause qui a pu déterminer la carie, celle-ci peut s'arrêter et guérir ; mais l'abcès symptômatique que devient-il ? Ces abcès restent quelquefois dans le même état pendant des années entières et sans causer aucune espèce d'accidens. Le pus est graduellement absorbé, peu-à-peu il disparaît, et il finit par ne plus rester aucune trace de l'abcès. Dans certaines circonstances et après un temps quelquefois fort long, la peau s'enflamme, s'ouvre et donne issue au pus qui ne se reproduit pas ; dans d'autres cas le pus se convertit en une masse adipocireuse : l'analyse chimique a démontré d'une manière évidente que telle était la nature de cette conversion. M. Dupuytren a traité, il y a un assez grand nombre d'années, un jeune négociant, qui était atteint d'un abcès par congestion provenant d'une carie de la colonne vertébrale, carie accompagnée d'une gibbosité très-considérable. Cette carie guérit par l'emploi réitéré des cautères, des moxas, etc. ; mais l'abcès ne disparut pas, seulement il diminua un peu de volume. Cinq ou six ans après, ce malade mourut d'une pleuro-pneumonie. M. Dupuytren en fit l'autopsie, et trouva la carie du rachis tout-à-fait guérie ; l'abcès était converti en une matière grasse, molle, onctueuse et qui présentait tous les caractères de l'adipocire. Le canal qui s'étendait depuis l'abcès jusqu'au rachis était rétréci, interrompu dans quelques points, et dans ses propres parois on retrouvait encore de la matière adipocireuse.

ALEX. PAILLARD.

MALADIES DE LA PEAU.

—

De l'herpès du prépuce et du gland et de son traitement.

L'herpès, fixé au prépuce et au gland, constitue une maladie bien légère en apparence, et cependant assez grave par les méprises auxquelles elle donne lieu tous les jours, et par sa ténacité quand elle passe à l'état chronique, pour que l'on doive l'étudier avec soin. A peine indiqué par la plupart des pathologistes qui se sont occupés des maladies de la peau, il n'est point mentionné dans l'ouvrage de Willan ; mais Bateman en a donné une excellente description ; et depuis long-temps chaque année, à sa clinique, M. Biett appelle l'attention sur cette variété importante, dont il a notablement éclairé l'histoire.

L'*herpes præputialis* consiste dans des vésicules disposées en groupes plus ou moins nombreux sur la face externe, ou à l'intérieur du prépuce : ces vésicules sont précédées de petites taches rouges, annoncées elles-mêmes par des démangeaisons quelquefois assez vives. Lorsque les vésicules sont répandues au-dehors, cette variété ne présente rien de bien particulier qui n'appartienne à l'herpès en général ; mais quand elles ont paru à l'intérieur du prépuce, ou sur le gland, où elles se montrent plus fréquemment encore, elles se comportent d'une manière tout-à-fait remarquable. Les vésicules, distendues bientôt par un liquide séro-purulent, sont tellement minces qu'elles se déchirent facilement, et laissent à leur place une surface rouge légèrement excoriée, où l'on a cru voir une ulcération : c'est cette excoriation qui fournit toujours matière à erreur ; car le plus ordinairement les vésicules n'existent plus quand le médecin est consulté.

On voit alors une rougeur inégale, plus ou moins large, comme rubanée, qui contourne le prépuce ou le gland, absolument comme le fait le zona sur les autres parties du corps. Cette surface excoriée est recouverte le plus ordinairement, au moins quand la maladie est passée à l'état chronique, d'une pellicule blanchâtre qui est enlevée à chaque mouvement du prépuce sur le gland ; car ce sont surtout les individus qui ne découvrent pas facilement le gland qui sont atteints de cette variété de l'herpès. Il y a alors une exsudation, un suintement habituel qui entretiennent la maladie.

L'*herpes præputialis*, soit qu'il fût encore à l'état vésiculeux, soit qu'il ne consistât plus que dans une excoriation plus ou moins large, a été très-souvent méconnu ; et tous les jours on prend cette maladie pour une affection syphilitique. M. Biett en a cité dans ses leçons plusieurs exemples remarquables, et entre autres celui d'un des compositeurs célèbres de l'Europe, chez lequel, au moyen de la cautérisation et de préparations mercurielles, on était parvenu à faire d'une affection légère une maladie chronique qui a duré dix-huit mois.

J'ai été consulté il y a quelques jours par un jeune homme qui avait un léger herpès sur le gland : il n'attendait pour se

marier que la guérison de cette maladie, dont le caractère l'inquiétait d'autant plus, qu'il croyait y voir les suites d'une syphilis ancienne. Quelques jours d'un régime doux et de l'emploi d'applications émollientes suffirent pour le débarrasser entièrement de cette éruption qui avait été exaspérée par la cautérisation et qui était entretenue par des topiques excitans.

On comprendra facilement de quelle importance doit être le diagnostic d'une maladie dont le siége au prépuce et au gland a suffi tant de fois pour la faire réputer vénérienne.

Cette importance n'est pas seulement relative, pour ainsi dire, à la *moralité* du mal, ce qui cependant est un point très-grave, surtout pour un jeune homme qui est à la veille de contracter mariage; mais elle concerne la maladie elle-même, sont traitement et ses suites. L'*herpes præputialis*, en effet, est une affection légère quand elle n'a pas été méconnue : c'est une éruption aiguë qui le plus ordinairement cède au bout de peu de temps aux moyens les plus simples. Quand au contraire, comme cela arrive trop souvent, des yeux peu expérimentés ne considérant que le siége du mal aux organes génitaux, elle a été prise pour une affection syphilitique primitive, et traitée par les escarotiques, les frictions mercurielles, etc., d'une affection légère elle devient une maladie très-rebelle et quelquefois grave.

Cependant, pour peu que l'on ait observé l'*herpes præputialis*, on comprend difficilement qu'il ait pu être si souvent pris pour une maladie vénérienne. A l'état vésiculeux, on ne saurait le confondre; car, quoi que l'on en ait dit, l'ulcère vénérien ne commence jamais par une vésicule mais bien par une rougeur de la peau qui s'excorie, par une inflammation ulcérative : il ne pourrait même pas devenir matière à erreur pour certaines formes syphilitiques particulières, qui ont été surtout décrites par les médecins anglais, et notamment par Evans. Il n'y a pas là une vésicule toute seule qui pourrait en imposer pour la pustule syphilitique; mais ce sont plusieurs vésicules disposées en groupes, etc. Plus tard, d'ailleurs, la méprise serait plus difficile encore. En effet, l'ulcération, ou, pour mieux dire, l'excoriation légère qui succède aux vésicules de l'herpès ne ressemble en rien aux ulcères vénériens, quelque forme qu'ils aient prise. C'est une érosion légère, dont la surface est de niveau au centre comme à la circonférence, qui ne détruit rien, qui ne laisse aucune trace après elle. Dans tous les cas, où trouver la moindre analogie dans cette disposition en bandes irrégulières, qui contournent le gland ou le prépuce, et qui ne se rapprochent de rien, si ce n'est peut-être de l'ulcère phagédénique, qui d'ailleurs en diffère tant, qu'il est fort inutile d'insister sur ce point.

Soit que la maladie ait marché naturellement, malgré l'emploi d'un traitement rationnel, ce qui est plus rare; soit que, comme je l'ai déjà dit (et c'est ce qui arrive le plus ordinairement), à la suite d'une erreur de diagnostic, elle ait été entretenue, exaspérée par des cautérisations et des excitans de toute espèce, l'*herpes præputialis* peut passer à l'état chronique, et alors prendre un caractère plus ou moins fâcheux. Le gland et le prépuce sont le siége d'un suintement plus ou moins abondant; quelquefois même ils se recouvrent d'une espèce de pseudo-membrane qui est enlevée très facilement, et laisse voir au-dessous d'elle une surface très-rouge, toujours humide. Cet état peut durer des années entières, et, chose remarquable, présenter des intermittences sinon complètes, au moins des rémissions bien marquées : les rougeurs diminuent, la sécrétion albumineuse disparaît presque complétement, il ne reste plus que quelques points rouges, la guérison est prochaine; mais tout-à-coup, sans cause appréciable, ces mêmes symptômes reparaissent, et avec eux des douleurs plus ou moins vives, et une tristesse et un abattement qui accompagnent toujours cette maladie passée à l'état chronique. Nous avons surtout bien examiné ces phénomènes, M. Biett et moi, chez un vieillard qui demeurait à Belleville. Chez lui aussi l'issue fut funeste. Après avoir résisté à l'emploi d'une foule de moyens, l'herpès était amendé depuis long-temps par les préparations arsénicales; le malade était dans une des rémissions les plus longues qu'il ait eues, lorsqu'il fut pris subitement d'une stomatite couenneuse à laquelle il succomba en quelques jours. Cette dernière affection présenta même un phénomène rare; elle marcha de dehors en dedans; développée d'abord à la face interne des lèvres, elle gagna les gencives, puis l'intérieur de la bouche, et ainsi insensiblement elle envahit le pharynx, le larynx, etc., et entraîna la perte du malade, sans que le traitement le plus énergique, la cautérisation même, eussent pu entraver sa marche. Y avait-il là quelque analogie avec cette disposition couenneuse si ancienne du gland? J'avoue que je serais disposé à l'admettre.

A l'état chronique l'herpès, surtout quand il occupe spécialement le prépuce, détermine un épaississement du tissu cellulaire, et par suite un véritable phimosis, non-seulement très-douloureux, mais grave, puisqu'il peut devenir un obstacle à la génération. Dans ce cas, il pourrait être confondu avec une autre maladie qui a été parfaitement décrite par M. Biett, et qui a pour caractère aussi le rétrécissement de l'ouverture du prépuce, la formation de gerçures douloureuses, l'impossibilité de découvrir le gland sans donner lieu à un écoulement de sang, etc.; je veux parler du *psoriasis præputii*; mais dans ce dernier, l'épaississement est plus dur, plus considérable; il y a des squammes qui n'existent pas dans l'herpès; au contraire, on ne retrouve pas de suintement, etc. D'ailleurs, ce n'est pas comme pour la syphilis, et alors l'erreur n'aurait rien de grave.

L'*herpes præputialis* attaque spécialement les adultes et les vieillards. M. Copeland, chirurgien du Golden-Square, a remarqué que cette maladie était souvent sous la dépendance d'une irritation ou d'un rétrécissement du canal de l'urètre (Bateman). Cette coïncidence existait chez le malade dont j'ai parlé plus haut.

L'*herpes præputialis* à l'état aigu a en général peu de durée; il cède ordinairement aux applications émollientes, à des lotions fraîches, à des bains locaux d'eau de son ou de guimauve; etc., à un régime doux, aidé de quelques boissons rafraîchissantes, d'eau d'orge, de limonade, etc., de bains généraux.

Le traitement de l'*herpes præputialis* chronique est plus difficile. Indépendamment des momens de surexcitation, dans lesquels il faut revenir aux émolliens, M. Biett et moi avons eu recours avec avantage aux lotions chloru-

rées, ou bien sulfureuses, au moyen de l'addition d'une ou deux cuillerées d'eau de Baréges, ou d'Enghien, dans une demi-pinte ou une pinte de décoction de son ; aux lotions alcalines, surtout quand l'exsudation était abondante (sous-carbonate de soude, 3 j à 3 ij ; eau distillée, lb j); aux bains locaux émolliens, alcalins ou sulfureux alternés.

En général, les pommades réussissent peu ; cependant, quand la maladie est tout-à-fait chronique, M. Biett en a employé quelques-unes avec succès, soit avec le calomel (Prenez calomel, démi gros camphre, gr. viij ; axonge, ℥j) ; soit avec le sous-carbonate de potasse (un gros pour une once de cérat).

Mais quelquefois la maladie résiste à tous les moyens, et nous avons vu avec M. Biett des cas où elle exige l'emploi intérieur de médicamens énergiques. Ainsi M. Biett a conseillé plusieurs fois avec succès la solution de Pearson, à la dose de quelques gouttes d'abord, en augmentant graduellement jusqu'à un gros par jour, suivant l'effet du médicament, suivant les individus auxquels il était administré. Elle avait très-bien réussi chez le vieillard dont j'ai parlé plus haut. La cautérisation, qui semble aussi bien indiquée alors, qu'elle l'est peu au début, n'a généralement pas réussi.

Quoi qu'il en soit, le traitement est souvent difficile et surtout très-variable. Il faut alterner les émolliens et les résolutifs, les narcotiques et les excitans, sans qu'il soit possible d'indiquer *à priori* combien il faut insister sur les uns ou les autres.

Dans le cas où le rétrécissement de l'ouverture du prépuce est assez considérable pour déterminer un phimosis, si celui-ci résiste aux bains émolliens, à l'introduction de l'éponge, il faut avoir recours à l'opération. Enfin, quand la maladie existe depuis long-temps chez un vieillard, lorsqu'elle est accompagnée d'une exsudation abondante, etc., peut-être serait-il prudent d'établir un vésicatoire ou un cautère à la cuisse avant de tenter une guérison radicale.

ALP. CAZENAVE.

CHIMIE ET PHARMACIE.

—

Note sur la préparation du cyanure d'or, par M. O. FIGUIER, pharmacien à Montpellier.

Un des pharmaciens les plus distingués de Montpellier, M. Figuier, témoin des résultats avantageux qu'obtenait M. Pourché, chirurgien en chef de la maison de détention, de l'emploi du cyanure d'or dans le traitement de la syphilis et des scrofules, s'est livré à des recherches pour découvrir un procédé facile, au moyen duquel MM. les pharmaciens pussent aisément préparer ce nouvel agent médicamenteux. Après un grand nombre d'essais et d'expériences, cet habile chimiste est parvenu au but qu'il se proposait.

Après avoir examiné le procédé signalé par MM. Berzélius et Gay-Lussac, par double décomposition du chlorure d'or et du cyanure de potassium, M. Figuier a donné la préférence à cette manière d'opérer, en y apportant les améliorations aux moyens desquelles il a obtenu un cyanure d'or parfaitement pur.

La première condition à remplir était d'avoir une dissolution de chlorure d'or entièrement neutre. Pour l'obtenir ainsi, prenez :

Or pur laminé.	1 once.
Acide hydrochloro-nitrique. . .	3 onces.

Introduisez le mélange dans un ballon de verre que vous placez sur un bain de sable. A l'aide d'une douce chaleur, on obtient bientôt la dissolution complète de l'or. On verse le produit dans une capsule, on fait évaporer avec précaution jusqu'à consistance sirupeuse, et on laisse cristalliser. On dissout ensuite dans de l'eau distillée et l'on fait évaporer jusqu'à siccité ; on redissout de nouveau et l'on répète ainsi l'opération jusqu'à ce que la solution soit parfaitement neutre, et l'on filtre. Cette dissolution, ainsi obtenue, est très-propre à former le cyanure d'or.

La seconde condition à remplir était d'avoir une dissolution de cyanure de potassium dont on fût bien sûr ; car si elle contenait du cyanure alcalin, on obtiendrait de l'oxide d'or mêlé au cyanure. Pour éviter ce grave inconvénient, il faut prendre une quantité suffisante de cyanure double de fer et de potassium (cyano-ferrate de potasse), le pulvériser et le faire sécher pendant douze ou quinze heures dans une étuve bien chauffée, ensuite le calciner dans un cornue de grès lutée, ayant soin, vers la fin de l'opération, de donner une très-forte chaleur, pour que la décomposition soit complète, ce que l'on reconnaît lorsqu'il n'y a plus de dégagement de produits gazeux : on laisse refroidir ; après quoi on brise la cornue. La matière noire que l'on en retire doit être délayée dans de l'eau froide, et l'on filtre promptement la liqueur incolore qui ne contient que du cyanure de potassium. Ayant trempé du papier de curcuma dans cette solution, ce réactif ne change pas sensiblement de couleur. Il reste sur le filtre une poudre noire qui contient le fer mêlé au charbon, ainsi obtenue, cette liqueur est très-propre à former le cyanure d'or.

Il est bon de faire observer que, si l'on employait le cyanure de potassium à l'état de siccité, provenant de l'évaporation, ce sel contiendrait toujours du formiate de potasse, d'ammoniaque et de carbonate de potasse qui modifieraient singulièrement les résultats par la formation d'une certaine quantité d'oxide d'or, quand bien même, comme l'indique M. Magendie, à propos de la préparation du cyanure de zinc, on saturerait l'excès de potasse par de l'acide acétique.

Les dissolutions de chlorure d'or et de cyanure de potassium ayant été obtenues par les procédés indiqués, on commence par verser une petite portion de cyanure de potassium dans la liqueur d'or ; mais il faut agir avec le plus grand ménagement et avoir le soin de faire des précipitations successives jusqu'à parfaite décoloration de la liqueur. Fractionner les produits par conséquent, décanter chaque fois la liqueur ; car si l'on ajoutait le moindre excès de cyanure de potassium, relativement au cyanure d'or déjà formé, on redissoudrait la plus grande partie de ce dernier, quoique le chlorure d'or fût en excès dans la liqueur ; ce qui provient de ce que le cyanure d'or peut former des combinaisons solu-

bles avec les cyanures alcalins, et donner, comme l'a vu Ittner, des dissolutions orangées de cyanure double. Aussi arrive-t-il souvent, au grand étonnement de l'opérateur, que le cyanure d'or disparait en entier si l'on ajoute une trop grande quantité de cyanure alcalin.

Le cyanure d'or ainsi obtenu doit être lavé plusieurs fois avec l'eau distillée, puis séché à l'abri de la lumière. Ainsi préparé, ce composé présente tous les caractères physiques du cyanure aurique, signalés par MM. Berzélius et Gay-Lussac.

M. Figuier a cru cependant devoir, par une expérience, s'assurer de la composition des élémens de ce produit. A cet effet, après avoir humecté avec de l'eau distillée quelques grains de cyanure d'or, il les a introduits dans un petit tube de verre qu'il a chauffé graduellement. Bientôt l'odeur pénétrante d'amandes amères annonça la présence de l'acide hydrocyanique.

Ayant poussé plus loin la calcination, le tube fut tapissé de parcelles d'or.

Voici les diverses formules que M. le docteur Pourché a mises en usage pour faciliter l'emploi du cyanure d'or.

Ce médicament s'administre le plus ordinairement en frictions sur la langue, mêlé à une poudre inerte. La poudre la plus ordinairement employée est l'iris de Florence, préalablement traité par l'alcool, puis parfaitement desséché. On ajoute cette poudre au cyanure d'or dans les proportions suivantes :

Prenez :	Cyanure d'or.	1 grain.
	Iris de Florence en poudre subtile.	3 grains.

Sous la forme de pilule on prend :

Prenez :	Cyanure d'or.	1 grain.
	Extrait de Daphné mézéréum.	3 grains.
	Poudre de guimauve, *s. q.*	

Mêlez exactement. F. S. A. des pilules de cinq grains.

Le même praticien a uni le cyanure d'or au cacao et au sucre, sous la forme de pastilles. Ce mode d'administration aussi facile mérite bien certainement la préférence, lorsqu'on emploie ce médicament chez de jeunes sujets.

Prenez :	Cyanure d'or.	1 grain
	Chocolat réduit en pâte, *s. q.*	

pour faire des pastilles du poids de cinq à six grains.

Comme l'a déjà fait observer M. Pourché, quelle que soit la forme sous laquelle on emploie le cyanure d'or, on doit toujours commencer par un quinzième de grain et augmenter graduellement.

N° DU 30.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

—

Des différens moyens thérapeutiques employés contre l'affection typhoïde.

M. Genest vient de faire paraître les leçons de clinique faites à l'Hôtel-Dieu par M. le professeur Chomel. Ce volume publié tout récemment ne traite que de l'affection typhoïde, et nous nous proposons d'en extraire tout ce qui est relatif au traitement de la maladie dont il s'agit. Les lecteurs de notre journal seront de cette manière au courant de tout ce qu'il y a de plus récent dans le traitement de l'affection typhoïde, maladie si fréquente, si bizarre, si inconnue dans son principe, dans ses causes extérieures et les moyens de la combattre avec efficacité.

Toutefois, avant d'exposer les divers traitemens employés contre cette maladie, une observation préliminaire paraît indispensable. Voici ce qu'on lit dès la première page du livre de M. Chomel : « Les maladies décrites par les auteurs, celles dont nous avons *nous-même* tracé l'histoire dans notre *Traité des fièvres*, sous le nom de fièvres connues graves, *quelle que soit* la forme sous laquelle elles se montrent, inflammatoire, bilieuse, muqueuse, adynamique, lente, nerveuse, ne sont toutes que des variétés d'une *même affection* qui a reçu diverses dénominations : nous la désignerons préférablement par le nom de *fièvre ou maladie typhoïde*, à raison de l'analogie qu'elle offre dans ses symptômes avec le typhus des camps. Les fièvres inflammatoires, bilieuses, muqueuses, adynamiques, ataxiques ne sont donc que des variétés de la *même* affection. » Sans entrer dans une controverse qui nous mènerait trop loin, nous ferons ici deux remarques : la première, c'est que voilà le second exemple d'un renoncement patent et public à des principes émis il y a peu d'années. Ainsi, ce qui était tenu pour vrai, pour démontré il y a peu de temps, ne l'est plus à une époque assez rapprochée. On conviendra que, s'il y a des sceptiques en médecine, ils ont bien des motifs pour l'être. La seconde remarque, est la tendance qu'ont certains médecins d'établir systématiquement une identité très-problématique entre la maladie qu'ils ont particulièrement observée et toutes les autres affections pathologiques. Ainsi Stoll ne voyait partout que la *polycholie*; toutes les maladies, selon lui, étaient bilieuses. A entendre M. Broussais et son école, il n'y a pas de maladie qui ne soit inflammatoire. Voici maintenant un médecin des plus distingués qui, dans le vaste cadre pyrétologique, ne trouve, à peu de chose près, qu'une seule maladie, l'*affection typhoïde*, bien que la nature de cette maladie nous soit tout-à-fait inconnue.

Au reste, comme notre intention n'est pas de discuter ici de pareilles questions et qu'il ne s'agit que du traitement, nous allons parcourir ceux qu'on met ne usage dans la plupart des hôpitaux, soit à Paris, soit dans les pays étrangers.

L'auteur de cette clinique commence par faire observer que la thérapeutique de l'affection typhoïde est une des plus difficiles et des plus obscures de la médecine pratique. Jusqu'ici, selon lui, quelque variées, quelque opposées même qu'aient été les méthodes de traitement, non-seulement aucune d'elles n'a eu constamment de bons ni de mauvais succès, mais les différences de mortalité n'ont pas été assez frappantes pour établir des données positives. Dans chaque méthode de traitement, dit très-bien l'auteur, la mortalité générale a été assez forte pour démontrer son insuffisance ; dans aucune, elle n'a été assez grande pour en démontrer évidemment le danger. En effet, la doctrine en faveur a toujours été le régulateur du traitement de l'affection typhoïde.

D'après cette théorie, ce traitement a été constamment changé ou modifié. On a déjà fait remarquer dans notre journal que, selon la doctrine des humoristes, des browniens, des contro-stimulistes ou de l'école physiologique, la thérapeutique de l'affection typhoïde fut antiputride, tonique et fortifiante, enfin essentiellement débilitante. Cela serait affligeant à penser et à dire, si, de toutes ces recherches, de toutes ces expériences, de toutes ces variations même, il n'en résultait quelques principes fixes qui servent de boussole au praticien dans la plupart des cas qui se présentent.

En suivant l'ordre adopté par l'auteur de cette clinique pour les diverses méthodes de traitement de l'affection typhoïde, nous trouvons d'abord celle du docteur Clanny de Sunderland. Ce médecin, voulant ranimer dans un sens moderne la doctrine des humoristes, pense que l'affection typhoïde dépend de la soustraction de l'acide carbonique qui se trouve dans le sang. Or, le traitement consiste à rendre à ce fluide l'élément qui lui manque. Ainsi l'eau de Seltz en boisson et en grande quantité, les potions effervescentes, l'acide carbonique en lavement, forment la base de ce traitement. M. Chomel dit y avoir eu recours depuis assez long-temps. Pendant la première année, six malades traités de cette manière guérirent; mais l'année suivante, la mortalité lui parut plus forte. Cependant on retrouve souvent dans ses prescriptions l'emploi de l'eau de Seltz sous différentes formes.

Suivant l'opinion du docteur Stevens, et d'après ses analyses du sang, il y a dans ce fluide, lorsqu'il s'agit de fièvre grave, une diminution notable de la quantité de sels qui entrent dans sa constitution, notamment de muriate de soude. En conséquence, il faut tâcher d'introduire dans l'économie les sels neutres, dont la plupart sont indispensables pour que le sang ait ses conditions de vitalité. De là l'emploi des sels purgatifs, si fréquent en Angleterre, et qui n'ont pas, comme l'observe très-bien l'auteur, les funestes effets que leur attribuent les partisans de la doctrine physiologique.

Cependant, peu satisfait de ces divers essais, l'auteur de ces leçons de clinique revient à ce qu'il appelle le *traitement rationnel*. Or, qu'est-ce que le traitement rationnel? C'est celui qui a pour base le raisonnement, et qu'on appelle aussi *symptômatique*, parce qu'il s'appuie sur les symptômes, ne repousse aucun des moyens de traitement, n'en adopte également aucun d'une manière exclusive, s'attache à distinguer les cas dans lesquels ces divers agens thérapeutiques conviennent de ceux dans lesquels ils pourraient nuire. Dans ce traitement, on ne repousse pas même l'usage des remèdes empiriques et les essais propres à éclairer sur leur efficacité. Certes, voilà des principes d'éclectisme s'il en fut jamais, et les médecins qui se sont rangés sous ce drapeau, trouveraient ici d'excellentes preuves à l'appui de leur opinion.

Voici en quoi consiste ce traitement rationnel. Si la maladie typhoïde ne se présente pas avec un appareil fébrile extrême, ou avec un symptôme prédominant grave, ce qui arrive quelquefois, on se bornera à prescrire des boissons rafraichissantes, selon la saison ou le goût du malade. On a recours à des cataplasmes émolliens sur l'abdomen, puis aux lotions d'eau vinaigrée sur le corps, aux bains simples, si la chaleur est élevée, aux lavemens mucilagineux, aux compresses froides sur le front, quand la tête est douloureuse; aux cataplasmes chauds, et même sinapisés, s'il y a tendance à l'assoupissement et aux rêvasseries. Quoique ces moyens, employés seuls, puissent amener une issue favorable, une saignée plus ou moins copieuse, pratiquée dans le commencement, produit toujours de bons effets. On peut aussi recourir, dans les cas de céphalalgie intense ou de douleur abdominale vive, à l'application de quelques sangsues au-dessous des apophyses mastoïdes dans le premier cas, et à l'anus dans le second. Si les évacuations alvines sont rares, on les sollicite au moyen du petit lait tamariné, de la casse, d'un sel neutre ou de quelque laxatif doux; lorsqu'elles sont trop fréquentes, on les modère par les boissons mucilagineuses, l'eau de riz gommée, aromatisée ou non avec l'eau de fleurs d'oranger, les demi-lavemens d'amidon, etc.

Ce traitement doit être secondé par les moyens hygiéniques les mieux entendus. Ces soins ont ici une grande importance, surtout lorsqu'il y a encombrement des malades. Ainsi, le renouvellement de l'air dans la pièce où se trouve le malade est une des premières conditions hygiéniques à observer; les soins de propreté ont aussi une influence directe sur la maladie, et spécialement sur son issue définitive. Il faut donc enlever fréquemment les matières fécales, empêcher surtout leur contact avec le malade, changer souvent les draps du lit, placer une toile imperméable entre ces draps et les matelas, etc.: ce sont là des soins sur lesquels on ne saurait trop insister.

Cependant, il s'en faut bien, en général, que ces moyens simples réussissent, parce que la maladie prend souvent un caractère d'intensité plus ou moins marqué: presque toujours il y a un symptôme prédominant que le praticien doit particulièrement surveiller. Si, par exemple, l'affection typhoïde est inflammatoire, il faut insister sur le traitement antiphlogistique, d'après toutefois l'âge et les forces du sujet. Bien plus, comme l'observe M. Chomel, c'est que, dans cette forme de l'affection typhoïde, on ne doit pas employer le traitement antiphlogistique avec la même rigueur que dans la plupart des maladies inflammatoires. La saignée doit être surtout employée avec une certaine mesure; car la forme adynamique succède quelquefois, et assez brusquement, à la forme inflammatoire. Ajoutons à cette considération celle des phlegmasies accidentelles, qu'on ne pourrait ensuite combattre, si les forces étaient trop épuisées par des émissions sanguines réitérées.

Si l'affection typhoïde prend la forme bilieuse, il faut insister sur l'usage des boissons acidules, comme la limonade, l'orangeade, le sirop de limon, de groseilles, etc.; ces boissons suffisent dans beaucoup de cas. Quelquefois on a employé un vomitif avec succès; mais cette méthode est rare aujourd'hui, bien que les inconvéniens des vomitifs ne soient pas à beaucoup près tels que les ont décrits les partisans de la doctrine de l'irritation.

La forme muqueuse de l'affection typhoïde est la moins distincte. La seule modification thérapeutique qui convienne ici est de substituer aux boissons émollientes ou acidules, les infusions légèrement amères ou faiblement aromatisées, telles que celles de germandrée, de feuilles d'oranger, l'eau de veau ou de poulet légèrement aromatisée avec le cerfeuil ou le sirop de framboise. Plus tard, on donnera quelques

boissons amères, comme l'infusion de petite centaurée ou de chicorée, que l'on remplacera ensuite par une infusion de sauge, de camomille ou de menthe, suivant les indications.

Une des formes de l'affection typhoïde la plus obscure dans ses causes et la plus difficile à combattre dans ses résultats, est la forme ataxique. S'il y a ici un caractère inflammatoire, les indications sont évidentes, le traitement antiphlogistique est le seul qui convienne. Si, au contraire, les symptômes ataxiques sont joints à des phénomènes adynamiques, c'est manifestement aux toniques qu'il faut recourir.

Mais la fièvre typhoïde adynamique est la forme la plus fréquente de cette affection. L'adynamie elle-même paraît avec des degrés divers d'intensité. Or, ces divers degrés d'adynamie doivent servir de règle au praticien pour la médication à employer, et cette médication doit être tonique. La prostration, la faiblesse du pouls, les défaillances, l'impossibilité de retenir les excrétions, réclament l'emploi des amers et des aromatiques, tels que la décoction de quinquina, les infusions de camomille et de sauge en boissons, en lavemens, en bains; on y joint à dose modérée le vin, le camphre et quelquefois l'éther. Mais la faiblesse est-elle portée à un degré plus considérable, caractérisée par l'altération profonde des traits, la fétidité de l'haleine, la petitesse du pouls, le refroidissement extérieur? il faut élever les doses des remèdes déjà indiqués, employer le quinquina sous forme d'extrait, à la dose de plusieurs gros, d'une à deux onces, par la bouche et en lavemens; remplacer les vins de France par les vins alcooliques d'Espagne, administrés par cuillerées à des intervalles déterminés, quatre à cinq fois le jour, toutes les deux heures ou toutes les heures. Ces moyens toniques, qui relèvent les forces avec énergie, n'exercent d'ailleurs aucune impression fâcheuse sur les lésions dont les intestins sont le siége. Tout porte à croire, en effet, que ces ulcérations, dans les conditions qui existent alors, doivent réclamer un mode de traitement analogue à celui qui convient dans les ulcérations cutanées qui se forment chez les mêmes sujets. Or, il est d'observation que les substances toniques, comme le digestif animé, l'emplâtre de styrax, donnent à ces ulcères un meilleur aspect et en favorisent la cicatrisation. Bien plus, si le sujet succombe, loin que les ulcérations et les plaques gaufrées intestinales aient été irritées par les moyens ci-dessus indiqués, on les trouve bien souvent en voie de cicatrisation.

Une observation importante est de ne pas commencer la médication tonique quand la réaction est encore vive; mais il ne faut pas attendre non plus que les forces du malade soient épuisées.

Parmi les moyens thérapeutiques les plus énergiques, il faut certainement compter le vin. Cependant il ne conviendrait pas d'y recourir, s'il existe du délire et des signes de congestion à la tête. Quand l'emploi des toniques commence à être indiqué, les vins froids doivent être préférés; mais lorsque l'adynamie se dessine plus fortement, les vins généreux du midi de la France, les vins de l'Espagne et du Portugal, et spécialement ceux de Malaga et de Madère, seront employés concurremment avec les premiers.

L'éther convient quand il s'agit de ranimer instantanément les forces du malade. Son action est plus rapide que celle du vin, mais elle est moins durable.

Le quinquina, employé en infusion, en décoction, et, mieux encore, en macération aqueuse, est une des meilleures boissons qu'on puisse faire prendre aux malades. On l'édulcore avec du sirop de limon pour le rendre moins désagréable. C'est surtout sous la forme d'extrait sec ou mou, à la dose d'une et même de deux onces par jour dans une potion aromatique, que ce remède agit comme un des plus puissans toniques. La préparation de l'extrait de quinquina paraît préférable, dans ce cas, aux sels de quinine. Il faut aussi remarquer que, dans tous les cas où l'on prescrit le quinquina par la bouche, on doit aussi l'employer en lavemens, sauf les cas où l'intensité du dévoiement s'oppose à ce qu'il séjourne dans l'intestin. Enfin, il est indispensable que, dans le traitement de l'affection typhoïde par les toniques, l'activité de ce traitement soit toujours relative à l'intensité du mal, au sexe, à l'âge, à la constitution, aux habitudes du malade, etc. Nous le répétons, rarement convient-il d'administrer ces remèdes dès le début; dans la première période, on ne doit même y recourir qu'avec une certaine réserve; mais lorsqu'on arrive vers la seconde ou troisième période, on peut les employer avec plus de confiance et d'énergie. Au reste, cette administration exige de la prudence et du tact, soit pour l'époque précise de leur emploi, soit pour en déterminer les doses.

L'activité des moyens dont il vient d'être fait mention peut être augmentée et modifiée par des moyens extérieurs dont presque toute l'action est révulsive. Parmi ces moyens, il faut remarquer les sinapismes plus ou moins stimulans; on les applique ordinairement aux pieds, aux jambes, aux cuisses, et leur multiplicité est toujours relative aux indications. L'utilité des vésicatoires est aujourd'hui assez contestée dans l'affection typhoïde. Outre qu'ils ne produisent qu'un effet d'une assez courte durée, ils constituent encore très souvent une complication fâcheuse par les ulcérations qui leur succèdent fréquemment chez quelques sujets atteints d'affection typhoïde. Aussi beaucoup de praticiens ont-ils renoncé presque complétement aux révulsifs, qui causent des plaies, et leur préfèrent généralement les sinapismes ou les cataplasmes simplement sinapisés. Les bains, les affusions chaudes et froides, les lotions de même nature, ont aussi des effets plus ou moins prononcés. On voit quelquefois après leur emploi survenir une transpiration, ou seulement une douce moiteur de la peau, chez des sujets qui en étaient privés depuis long-temps.

Parmi les accidens de l'affection typhoïde, il faut compter l'*hémorrhagie* nasale ou intestinale, et les *escarrhes* qui se forment sur différens points du corps, mais notamment au sacrum. Ces deux accidens, mais surtout le dernier, doivent constamment fixer l'attention du praticien. L'hémorrhagie nasale ne mérite de considération que quand elle est répétée et abondante. L'air frais, le tamponnement des narines, etc., sont les moyens à employer. L'hémorrhagie intestinale sera réprimée par les boissons froides, acidules, à la glace, les lavemens également froids, avec l'extrait de ratanhia, etc. Quant aux escarrhes, le meilleur moyen est une surveillance continuelle pour s'assurer des points rouges, irrités, et faire en sorte que le corps du malade ne porte pas sur ces surfaces.

Deux complications sont surtout redoutables dans l'affec-

tion typhoïde, les *phlegmasies* partielles et la *perforation intestinale*. Si les phlegmasies dont il est question paraissent dans le commencement, elles ne changent rien au traitement de la maladie; mais ce cas est embarrassant lorsque ces phlegmasies se manifestent à une époque avancée de la maladie. L'état des forces le permet-il? recourez alors à quelques émissions sanguines, toutefois avec réserve. Les sangsues en petit nombre, les ventouses scarifiées, sont préférables de beaucoup aux saignées générales; mais s'il y a une véritable prostration, le mieux est de continuer le traitement général par les toniques. Quant à la perforation intestinale, c'est assurément le plus redoutable des accidens. Ce qu'il y a de mieux dans cette triste circonstance, est l'immobilité entière du corps et la suspension de toute espèce de boisson, permettant seulement aux malades de sucer quelque peu d'orange et de tenir de l'eau fraîche dans leur bouche.

Mais comme, dans aucun cas, ces moyens n'ont eut de succès, les docteurs anglais Graves et Stokes ont expérimenté avec quelque avantage l'opium à très-haute dose. En effet, la première condition dans la péritonite, conséquence de la perforation intestinale, étant l'immobilité la plus complète de l'intestin, l'opium est la substance la plus propre à obtenir ce résultat. Il y a, d'une part, un certain calme des douleurs de la péritonite, et, de l'autre, suspension ou ralentissement des mouvemens péristaltiques de l'intestin.

Lorsqu'un malade échappe à une affection typhoïde grave, il faut s'attendre à une convalescence longue et pénible. Un point essentiel, est de ne point fatiguer le tube digestif par une alimentation trop forte, en même temps qu'on soutient graduellement les forces du malade. Tant que la peau conserve de la chaleur, on peut continuer les boissons déjà prescrites; mais si cette chaleur tombe, on doit, lors même que le pouls conserverait de la fréquence, accorder quelques alimens légers. Si l'appétit est lent à revenir, on fera bien de continuer ou de commencer l'usage des boissons amères. Enfin, le séjour à la campagne, quand la chose est possible, hâte singulièrement le retour des forces et de la santé.

Traitement par les chlorures. — Dans ce paragraphe, qui est l'un des plus importans des leçons de clinique, M. Chomel expose les résultats qu'il a obtenus en traitant cette maladie par les chlorures. Nous regrettons qu'il ne fasse aucune mention des essais qui ont été faits antérieurement par l'emploi du chlore dans le typhus. Plusieurs praticiens dont l'auteur ne parle pas, ont aussi, et tout récemment, employé les chlorures dans cette maladie, notamment MM. Bouillaud et Reveillé-Parise. Ce dernier, a démontré que le chlore avait été mis en usage depuis très-long-temps par les médecins dans les fièvres putrides, et il y a vingt ans dans les grandes épidémies de typhus; enfin, que les chlorures avaient une action presque toujours efficace dans cette maladie, quand ils étaient administrés largement et à propos. Les essais de l'auteur de ces leçons de clinique confirment en partie ces heureux résultats. Je dis en partie; car ces essais, faits d'ailleurs avec soin et méthode, laissent encore de l'incertitude dans l'esprit du praticien. Le chlorure de soude est celui qui a été employé de préférence; la dose a été d'un grain ou un grain et demi par once de véhicule. Avec cette proportion, il est des malades qui ont pris par jour de trois à cinq pots (de dix-huit onces chaque) de cette solution de sirop de gomme. Si le chlorure excitait des nausées ou des vomissemens, on substituait à cette solution une infusion légère de germandrée ou de quelques autres plantes amères. Indépendamment de ces boissons, des lavemens mucilagineux chlorurés dans les mêmes proportions, des lotions répétées quatre fois le jour sur tout le corps, des cataplasmes sur le ventre, des bains, des aspersions également chlorurés, étaient prescrits. On s'abstenait seulement de faire dissoudre ce sel dans des boissons acidulées, telles que la limonade, parce que, d'une part, il y a décomposition du médicament; de l'autre, que la boisson conserve une forte odeur de chlore.

Le traitement par le chlorure de soude a été spécialement essayé chez les personnes qui présentaient les trois conditions suivantes: 1° diagnostic non équivoque; 2° intensité assez grande de la maladie pour présenter du danger; 3° maladie encore à la première période ou au commencement de la seconde. On a vu dans ce journal que le docteur Reveillé-Parise a été plus hardi, ayant administré le chlorure dans des circonstances extrêmes et avec succès.

En résumant les expériences faites par l'auteur de ces leçons cliniques, on trouve que, depuis l'été de 1831 jusqu'au moment actuel, sur 57 sujets traités par le chlorure de soude, 41 sont sortis guéris de l'hôpital, 16 ont succombé. En ajoutant à ces 41 guéris les 3 sujets qui, après la terminaison de la maladie typhoïde, ont succombé à des maladies accidentelles (*choléra, pneumonie*, etc.), et en déduisant du nombre des morts, d'abord ces 3 sujets, puis les 4 dont il a été question plus haut, nous aurons seulement, dit l'auteur, une mortalité de 9 sur 53, à peu près 1 sur 6, tandis que la mortalité moyenne, chez les sujets traités par la méthode ordinaire dans nos salles de la Charité, de l'Hôtel-Dieu, s'est élevée, année commune, à peu près au tiers du nombre des malades atteints de cette terrible affection.

Ainsi, on voit que le traitement par les chlorures présente des chances de succès que n'offrent pas les autres modes de traitement. M. Chomel dit cependant avec raison qu'il ne faut pas se hâter de conclure des faits qu'il vient d'exposer, que l'emploi des chlorures est toujours clairement efficace. La différence des résultats obtenus pendant les essais qu'il a faits doit engager les praticiens à mettre beaucoup de réserve dans le jugement favorable ou contraire que l'on portera sur cette méthode thérapeutique. Cependant il ajoute plus bas: En résumé, bien que les résultats obtenus par les chlorures dans le traitement de cette maladie aient été très-différens dans les diverses années, cette méthode thérapeutique est encore celle qui nous a donné la plus forte proportion de succès. Plusieurs praticiens distingués nous ont dit avoir été conduits aux mêmes conséquences. A.

THÉRAPEUTIQUE. CHIRURGICALE.

—

Du traitement de l'ostéite carpo-métacarpienne par les bains de sous-carbonate de soude, joints aux frictions mercurielles.

Les os de la main et du pied sont plus que les autres os du corps exposés à l'inflammation. Leur structure cellulo-vasculaire, et leurs fonctions qui les exposent souvent à l'action des corps vulnérans, expliquent la fréquence de l'ostéite dans ces régions. Nous ne parlerons ici que de celle qui atteint les os carpo-métacarpiens.

Les contusions très-fortes sur la main comme la chute d'une pierre, un fort coup de canne, l'explosion d'un fusil, etc., sont les causes les plus ordinaires de l'ostéite carpo-métacarpienne. On la voit rarement arriver par suite d'une piqûre dans cette région. Celle-ci ne détermine ordinairement qu'un panaris plus ou moins grave, et lorsque, par les progrès de l'inflammation, les os sont altérés, le périoste qui les couvre est déjà détruit, et les os tombent en nécrose. J'ai vu cependant un cas d'ostéite de tous les os de la main, par suite d'une simple piqûre ; je rapporterai cette observation curieuse. Il se peut pourtant, et ceci arrive assez souvent, qu'un panaris large et profond frappe de nécrose quelques os seulement, tandis que les autres os de la main se gonflent prodigieusement et restent pendant très-long-temps sous l'action d'un travail inflammatoire. Des causes internes, telles que les vices scrofuleux, goutteux, etc., produisent aussi quelquefois l'ostéite carpo-métacarpienne. Ces dernières espèces d'inflammation, n'étant que le symptôme d'une maladie constitutionnelle, ne doivent pas entrer dans le cadre de cet article.

Le diagnostic de l'ostéite carpo-métacarpienne peut quelquefois offrir de l'obscurité. Lorsqu'une inflammation rhumatismale, par exemple, a envahi le poignet, le gonflement des parties molles et dures est tel quelquefois, qu'on a de la peine à distinguer si les os de la même région participent à cette maladie. Mais ne hâtez pas alors votre jugement, traitez d'abord l'inflammation aiguë par les moyens que vous connaissez, et attendez que le gonflement et la douleur se dissipent en partie. Il n'est pas difficile alors de distinguer l'ostéite, si elle existe; en circonscrivant et en pressant avec deux ou plusieurs de vos doigts chacun des os métacarpiens, vous connaîtrez si ces parties sont dures, boursouflées et enflammées. Sans être très-douloureux à la pression, ces os sont gonflés comme de petits rouleaux. La main entière, ou plutôt la région carpo-métacarpienne, est devenue ronde et volumineuse. Le malade vous dit qu'il ne souffre plus maintenant, mais qu'il a horriblement souffert dans le commencement.

Tant que l'ostéite carpo-métacarpienne est à l'état aigu, que les parties molles, par conséquent, participent à l'inflammation, le traitement ne doit consister que dans l'usage des arrosemens permanens d'eau froide sur la partie, moyen que nous avons longuement décrit dans un des derniers numéros de ce journal. Ce seul remède suffit ordinairement pour conduire le mal à complète guérison. Mais lorsque cette médication n'a pas été employée, et que l'ostéite est passée à l'état chronique, alors la résolution du mal se fait très-long-temps attendre ; l'ankilose pourrait même survenir, si l'on n'usait pas à temps de moyens énergiques pour la prévenir. Boyer avait pour pratique, dans ces cas, d'ordonner des bains tièdes d'eau simple d'abord, puis d'eau blanche, dans lesquels les malades tenaient long-temps l'avant-bras et la main. Il couvrait ensuite la partie d'un cataplasme émollient.

Nous avons dernièrement vu un cas d'ostéite grave, guérir avec une rapidité remarquable sous l'influence de la médication suivante :

1° Tenir tous les jours, et pendant deux heures à chaque fois, l'avant-bras et la main horizontalement dans un bain alcalin tiède (une demi-once de sous-carbonate de soude dans huit à dix chopines d'eau) ;

2° Frictionner la partie en sortant du bain, pendant une demi-heure, avec un demi-gros d'onguent mercuriel double. On peut augmenter la force résolutive de ce remède en le rendant ammoniacé et camphré à la fois (cinq parties de muriate d'ammoniaque et autant de camphre, dans quatre-vingt-dix parties d'onguent mercuriel) ;

3° Couvrir ensuite toute la région malade d'un large cataplasme émollient, la main étant étendue sur une palette de bois ;

4° Enfin, faire exercer dans le bain l'action des muscles du poignet et des doigts, si cette action ne réveille pas les douleurs.

Pour faire juger comparativement l'efficacité des deux médications que je viens d'exposer, je vais rapporter deux observations que j'ai recueillies à l'hôpital de la Charité, le premier a été traité par Boyer, il y a deux ans ; le second est soigné dans ce moment par M. Roux.

Obs. I. Un maçon, âgé de cinquante ans, d'une bonne constitution, reçut un gros moellon sur la main. Il s'ensuivit un gonflement énorme et des cicatrices multiples par suite d'abcès nombreux. Quand il entra à la Charité, il était depuis six mois dans cet état. On constata chez lui l'impossibilité de mouvoir les doigts et les autres parties de la main ; il éprouvait une vive douleur sous la pression des doigts explorateurs. On aurait dit que l'amputation de l'avant-bras ou de la main était indispensable.

On prescrivit des maniluves tièdes quotidiens, d'eau simple d'abord, puis d'eau blanche, et des cataplasmes émolliens. Après neuf mois de ce traitement, le malade sortit de l'hôpital presque guéri, pouvant se servir assez bien de sa main. Cette partie cependant était encore gonflée et un peu douloureuse. L'ostéite carpo-métacarpienne existait donc depuis quinze mois chez ce malade lorsqu'il quitta l'hôpital.

Obs. II. Un menuisier d'une bonne constitution s'est présenté à la Charité avec une ostéite carpo-métacarpienne qu'il avait depuis un an. Elle était survenue par suite d'une piqûre négligée à la paume de la main. Les os du poignet étaient prodigieusement gonflés. Les douleurs étaient médiocres ; mais il lui était impossible de faire agir aucune partie de la main. L'on apercevait des cicatrices multiples, suite d'abcès ou de débridemens opérés avant l'entrée du malade à l'hôpital.

On a eu recours aux bains de sous-carbonate de soude pendant deux heures tous les matins, aux frictions mercurielles et aux cataplasmes. Le gonflement a diminué à vue d'œil. Il y a aujourd'hui deux mois et demi que ce traitement a été commencé ; le malade se trouve presque complétement guéri. Il peut très-bien se servir de sa main et de ses doigts.

Nous savons très-bien que, pour juger avec exactitude de la bonté d'une méthode de traitement, il faudrait non-seulement avoir une masse assez considérable de faits, mais aussi tenir compte de l'âge des sujets, de leur constitution, de la nature de la cause de la maladie, et du degré de lésion que leurs os ont éprouvé jusqu'au moment de la médication. Aussi ces deux observations ne sont pas à notre a vis entièrement décisives. Cependant nous croyons très-utile de signaler cette méthode de traitement, afin de mettre les praticiens à même d'en profiter dans des cas semblables. Nous dirons en terminant, que la compression, moyen qu'on emploie si utilement dans les boursouflemens chroniques et inflammatoires des os, n'est pas applicable dans l'ostéite carpo-métacarpienne, et que le mode de traitement que nous venons de développer lui est de beaucoup préférable. Les Anglais ont pour pratique de traiter cette affection à l'aide de vésicatoires appliqués sur le dos de la main ; ce moyen pourrait peut-être convenir dans quelques cas exceptionnels.

R. G.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sirop d'écorce de racine de grenadier, préparé par un procédé de concentration immédiate ; par J.-B. DUBLANC, pharmacien à Troyes, membre du Jury-Médical, secrétaire de la Société académique de l'Aube.

La matière médicale ne possède qu'un petit nombre d'agens dont l'action se montre aussi constante et aussi sûre que l'est l'écorce de racine de grenadier dans le traitement du ver solitaire. Sans rechercher ce que Dioscoride et Pline en ont pu dire, et ce que d'autres auteurs moins anciens ont rapporté de ses propriétés vermifuges établies et bien reconnues par les naturels de l'Inde, il est aisé de vérifier que depuis 1823, la racine de grenadier, employée par les médecins français, a rarement trompé leur attente.

Après une épreuve si bien remplie par le nombre et la variété des expériences, par le contraste des climats et la différence des individus, cette substance a droit d'être placée à côté des plus remarquables du règne végétal.

La préférence qu'on accorde à l'emploi des principes immédiats quand ils représentent fidèlement l'action des corps qui les fournissent, a fait désirer qu'on découvrit dans la racine du grenadier le principe auquel peut être due son efficacité pour la destruction du tænia. M. Mithouard a entrepris cette recherche en 1824. Les résultats qu'il a publiés n'ont pas répondu à l'intérêt de la question. Le fait le plus distinct et le plus important de ce travail est l'indication d'une matière cristalline que l'auteur a regardée comme identique avec la mannite, sans déterminer autrement ses propriétés. Plus récemment, M. Latour de Trie, a repris le même sujet et l'a traité avec étendue dans une thèse qu'il a présentée à l'école de pharmacie en 1831. Cette seconde analyse ne donne pas non plus d'éclaircissemens satisfaisans sur la nature des principes du grenadier. L'on n'y trouve aucune lumière sur l'existence de celui d'entre eux auquel pourrait appartenir une action exclusive et spéciale. La matière que M. Mithouart a désignée comme de la mannite a été retrouvée par M. Latour ; il a fixé sur elle son attention ; mais ne pouvant lui reconnaître les caractères précédemment déterminés, il a vu en elle un principe particulier qu'il a nommé grenadine, tout en lui refusant la propriété spécifique de l'écorce de grenadier. Or, si la question dont il s'agit doit être résolue par le secours de la chimie, il faut que d'autres travaux pénètrent le mystère qui règne encore dans cette étude. Cependant, on ne doit pas voir dans cette circonstance l'obligation de ne rien changer au mode d'administration de la substance. Il peut en toutes choses exister une longue suite d'améliorations entre le point d'où l'on part et celui où l'on peut arriver. Avant de posséder les curieux alcaloïdes organiques, sous quelle multitude de préparations n'a-t-on pas présenté les végétaux qui en ont enrichi la thérapeutique !

On a déjà eu recours à plusieurs procédés pour administrer l'écorce de grenadier et assurer sa propriété contre le tænia. La racine récente a obtenu les honneurs du début ; on la traitait par l'eau et par décoction. On a conseillé la racine sèche en poudre, son extrait par l'intermède de l'eau, par celui de l'alcool, par l'un et par l'autre ; il est vraisemblable que ces méthodes ont offert quelques défectuosités, puisque aujourd'hui on recommande presque toujours le décoctum de la racine sèche. Il faut avoir eu peu d'occasions d'observer l'emploi de ce remède sous cet état pour ignorer combien il présente d'inconvéniens. D'abord, il n'est pas susceptible d'une exactitude suffisante par la raison que l'écorce du commerce retient plus ou moins d'aubier, dont les propriétés ne sont pas identiques, et que l'opération peut donner un produit dont l'action sera subordonnée aux précautions avec lesquelles on l'aura conduite. En outre, le volume du liquide est une condition souvent préjudiciable ; son ingestion, bien que fractionnée, est suivie de près ou de loin de vomissemens fatigans pour les sujets, et qui modifient, ou même détruisent l'action du remède. Ainsi, l'on pourrait dans maintes circonstances contester l'efficacité de la substance, quand on ne doit accuser que le genre de préparation qu'elle a subi. Les répugnances et le dégoût jouent un grand rôle dans l'effet des remèdes ; les plus énergiques, les plus infaillibles échoueraient contre ces phénomènes involontaires qui maîtrisent la résolution du malade. Cela commande aux médecins d'accorder toute leur attention aux moyens qui peuvent mettre d'accord la susceptibilité des sens et les propriétés des remèdes. Plus une substance leur inspirera de confiance, plus ils devront désirer que son usage devienne facile, et qu'on fasse disparaître les causes qui pourraient lui porter obstacle.

Les observations de mon honorable collègue, M. Boullay, sur l'épuisement des substances végétales par un effet continu de liquide, qu'il appelle méthode de déplacement, m'ont donné le désir de savoir quel serait le résultat de cette expérience sur la racine de grenadier. Les remarques de M. Boullay sur les phénomènes que présente le passage d'un liquide à travers une substance perméable sont d'un intérêt réel pour la pharmacie. Quoiqu'on les connût par leur analogie avec des opérations qui s'exécutent dans les arts, elles n'avaient pas encore reçu d'application aux procédés de nos laboratoires. Bien des opérations dont la pratique est arbitraire pourront recevoir des réformes utiles; l'exactitude, cette précieuse garantie des effets des médicamens, pourra devoir à cette méthode un plus grand degré de perfection, puisqu'elle enseigne à agir sur des proportions que l'expérience aura déterminées d'avance.

J'ai parlé du décoctum de la racine sèche du grenadier comme de la formule la plus employée. On prescrit deux onces de racine pour un adulte, et on les fait bouillir dans deux livres d'eau qu'on laisse réduire à une livre et demie. En choisissant ces proportions de racine et d'eau, on a dû se proposer de prendre la substance dans son rapport d'action, et l'eau dans celui de sa faculté dissolvante, à l'égard des principes sur lesquels elle doit agir. On pourrait croire de même que ces quantités ont été données sans calcul, par une de ces idées hasardées qui jettent tant de vague dans les formules, et tant d'inconstance dans leurs produits. Mais alors il faudrait rechercher quelle est la dose qui agit; si elle est la même pour tous les cas, portant son action sur le ver et non sur les organes de l'individu, ou, si elle doit être variée suivant les tempéramens, les âges et les sexes. C'est là une intéressante question à résoudre. N'ayant pas ce but, j'adopte la quantité de *deux onces* comme une donnée de l'expérience, et je la prends comme l'unité dans laquelle réside *l'action tœnifuge* de l'écorce de grenadier. Ce qui importe alors pour l'objet que je me propose, c'est de savoir si la quantité d'eau déterminée est nécessaire, ou si elle peut être réduite, et dans quelle limite cette réduction peut avoir lieu. La méthode de déplacement m'a paru susceptible de me fixer sur ce point, et je l'ai mise à profit en procédant de la manière suivante.

J'ai pris *deux onces* d'écorce de racine de grenadier réduite en poudre grossière, et les ayant placées dans un entonnoir dont la douille avait été préalablement remplie de coton, j'ai versé de l'eau distillée dessus, jusqu'à ce que la substance en fût entièrement pénétrée et recouverte : le poids de l'eau absorbée se trouva double de celui de l'écorce. Le lendemain je versai quatre onces d'eau nouvelle dans l'entonnoir, afin de chasser à travers la substance les quatre onces d'eau dont elle était imbibée depuis 24 heures. Lorsqu'à la suite d'un écoulement lent, j'eus recueilli ces quatre onces de liquide, je les évaporai et j'en obtins *trois gros et demi* d'extrait sec, en écailles translucides, peu amer et faiblement astringent. Cette première quantité d'extrait se trouve à l'égard du poids de l'écorce comme 1 est à 4 6/10. Je déplaçai la deuxième portion d'eau en contact avec la racine, en lui en substituant autant de nouvelle. L'évaporation ne me donna que *soixante dix grains* d'extrait. Cette quantité ajoutée à la première n'est plus que comme 1 est à 3 5/10 pour le même poids de racine, quoique la quantité d'eau employée ait été double. La troisième mise d'eau, retirée de la même manière, et évaporée, ne donna que *vingt-un grains* d'extrait, proportion qui n'augmente la somme des produits que d'un quinzième, et qui ne porte la totalité de l'extrait obtenu qu'au tiers 4/10 du poids de la substance, nonobstant une masse d'eau deux fois plus grande qu'à la première opération. La décroissance du produit étant devenue assez frappante pour annoncer l'épuisement presque complet de la substance, je ne la soumis pas à de plus nombreux lavages.

Il me fut démontré que deux onces d'écorce de racine de grenadier fournissent *quatre gros cinquante-cinq grains d'extrait* (le tiers 4/10), en employant seulement douze onces d'eau froide, ou 6 fois le poids de la substance.

Ce résultat connu, il restait à lui comparer le produit du même poids de substance, traité par deux livres d'eau, réduites à une livre et demie par ébullition, conformément à ce qui s'exécute dans la préparation du remède. J'ai fait cette opération avec tous les soins convenables.

Le liquide que j'ai obtenu de la décoction d'écorce était trouble, peu amer, peu astringent. Lorsqu'il fut filtré, il perdit bientôt après sa transparence, manifestant par ce phénomène une prompte altération. Son évaporation donna *trois gros neuf grains* d'extrait sec, mais n'ayant pas au même degré que celui obtenu à froid les caractères qui indiquent une composition homogène.

La déduction de ces deux expériences comparatives est que l'eau froide a sur l'eau bouillante l'avantage d'extraire un poids proportionnel plus considérable des principes de l'écorce de grenadier, ce qui doit dépendre de l'intégrité dans laquelle elle les conserve; que prenant ce que nous avons appelé *l'unité active* de la substance (2 onces), une quantité *double* d'eau froide lui enlève plus de principes (3 gros 1/2), que *seize fois* son poids d'eau bouillante (3 gros 9 grains). Se bornant à cette considération si simple et en même temps si convaincante, il est évident que lors même qu'on voudrait poursuivre l'emploi de l'eau chargée des parties actives qui peuvent lui être cédées par la substance, il sera désormais rationnel de la faire agir à froid par la méthode de déplacement, et de borner le poids de l'eau à deux fois celui de l'écorce. Cette modification de l'ancien procédé aura pour avantage de retrancher une grande quantité de liquide, et d'éviter au malade l'ingestion d'un breuvage abondant, sans rien enlever aux propriétés du remède.

Cependant un autre ordre d'idées a servi de direction à de nouvelles expériences, dont le résultat est le principal objet de cette notice.

On vient de voir que *deux onces* d'écorce de racine de grenadier traitées par deux livres d'eau réduites à une livre et demie produisent 3 *gros* 9 *grains* d'extrait; qu'en épuisant pareille quantité de substance par l'eau froide, le produit peut s'élever *à* 4 *gros* 55 *grains*. Or, prenant la moyenne de ces deux termes, on pourra regarder *quatre gros* d'extrait comme l'unité l'action de la racine de grenadier, c'est-à-dire, qu'ils représentent *deux onces* d'écorce que nous avons considérées de leur côté comme la dose nécessaire à son effet tænifuge.

Maintenant, si cette quantité d'extrait est réunie dans la

plus petite proportion d'eau nécessaire pour la dissoudre ; si cette concentration s'opère immédiatement, sans le concours d'agens intermédiaires capables de changer, d'altérer la nature ou la relation des principes actifs de l'écorce, et si encore la conservation du véhicule dans cet état peut-être assurée pour un temps prolongé, n'aura-t-on pas résolu le problème du meilleur mode de préparation pour offrir, dans les conditions les plus avantageuses, l'action tout entière de l'écorce de racine de grenadier ? Cette proposition m'a semblé pouvoir être accomplie dans toutes ses parties.

J'ai fait passer à travers quatre onces d'écorce de racine en poudre, huit onces d'eau distillée. J'ai versé le produit sur quatre onces de nouvelle écorce, et l'ayant fait sortir de la substance en y substituant les liqueurs successivement écoulées après le déplacement du premier liquide, je l'ai versé une troisième fois, puis une autre, jusqu'à six fois sur de nouvelle écorce.

Le liquide chargé par ces opérations réitérées pesait alors 15° à l'aréomètre pour les sirops, il avait une transparence parfaite, une saveur très-astringente, peu amère, et se conservait longtemps sans se troubler. Une douce chaleur de peu de durée a suffi pour le réduire à l'état d'extrait sec, sous la forme d'écailles. Le poids de cet extrait a représenté 50/100 du liquide ou la moitié. Cette méthode de concentration peut-être complétée en poursuivant les expériences. L'action répétée du même liquide sur la substance toujours renouvelée, est capable de lui faire atteindre une densité telle, que l'eau n'y existe plus que pour conserver la fluidité et permettre l'écoulement. Il n'y a pour ainsi dire plus de chaleur à appliquer pour transformer en extrait un liquide ainsi saturé des principes d'une substance végétale. Dans cette voie de concentration directe, l'action dissolvante d'un liquide n'est pas régulièrement progressive ; elle ne se multiplie pas par le nombre des opérations. Le liquide qui a dissout 4 gros de principes dans un premier contact, n'en dissoudra pas autant dans l'opération qui pourra suivre. Le pouvoir dissolvant est subordonné à la densité ; il se passe aussi des phénomènes d'exclusions réciproques entre les principes dissous ; il s'opère des modifications en raison de la solubilité et de l'affinité. Les principes obtenus d'un soluté saturé, ne seront pas identiques avec ceux qui, sous le même poids, seraient retirés avec une proportion d'eau 10 ou 20 fois plus grande.

Si l'on considère les altérations plus ou moins préjudiciables auxquelles on expose les liqueurs en les amenant à l'état d'extrait, soit par l'action d'une chaleur vive, ou prolongée et du concours de l'air, on remarquera que cette méthode de concentration les évite, et qu'elle doit donner des extraits doués de toutes les propriétés qui résident dans la substance même. Les plantes narcotiques, et celles qui sont pourvues d'arome fourniront les exemples les plus intéressans de cette application ; car c'est aujourd'hui la principale cause de la défaveur tombée sur les extraits qu'elles produisent, que de ne voir en eux que des principes dénaturés ou échappés à une carbonisation plus ou moins avancée. Le temps et les circonstances de récolte me permettront, j'espère, de donner plus d'étendue à ces considérations que je dois abandonner, après ce simple aperçu, pour rentrer dans mon sujet.

L'action successive de l'eau sur l'écorce de racine de grenadier, depuis son contact avec la première quantité de quatre onces jusqu'à la sixième, donne, comme on l'a vu, un liquide qui contient *cinquante centièmes* d'extrait.

D'après le principe que j'ai posé : que quatre gros représentent l'unité d'action, l'once de soluté qui les contient équivaut à deux onces d'écorce, et pourra les remplacer en toutes circonstances. En faisant fondre à la chaleur du bain marie, dans ce soluté au 50/100, un poids de sucre égal au sien, le sirop qu'on obtient, espèce de conserve liquide, offre un médicament qui jouit, à dose égale, de toutes les propriétés de l'écorce de la racine de grenadier avec une incontestable supériorité dans l'usage.

Si l'on observait que le rapport entre le sucre et son dissolvant n'est pas conforme à celui des autres sirops, et qu'on en conçût des craintes pour la conservation, on répondrait que la densité du liquide, sa saturation ne permettent pas d'augmenter la quantité de sucre ; que d'ailleurs les 50/100 d'extrait qui se soustraient du poids du soluté, replacent l'eau et le sucre dans leurs proportions relatives. Il m'aurait été facile d'arrêter la concentration à un degré moins élevé, et de laisser le liquide dans un état qui permît d'y introduire plus de sucre. Ce qui m'en a détourné c'est l'intention d'avoir un produit qui correspondît précisément avec la dose d'écorce qu'on a l'habitude de prescrire. Cette relation simple, établie pour un même poids d'écorce ou de sirop, reste dans la mémoire et rend l'emploi facile. La proportion d'extrait m'a également été favorable, puisqu'elle se trouve dans l'écorce elle-même, comme dans le sirop, pour un quart du poids total. Mais lorsque je m'applique à motiver la faible quantité de sucre qui entre dans ce sirop, ne va-t-on pas au contraire la trouver trop grande, et l'envisager comme un obstacle à l'effet du remède ? Cette observation ne viendra pas d'esprits exacts, car rien ne dépose suffisamment que le sucre soit un antidote de vermifuges, et il y aurait à en invoquer pour preuves toute la série de préparations qui se trouve dans les formulaires : gelées de corallines, de mousse de Corse ; sirops et pastilles où le sucre est abondant sans que l'effet en soit moins sûr. Aussi n'ai-je aucune crainte d'être tombé dans une contradiction en proposant d'introduire le sirop de grenadier dans la pratique pour le traitement du ver solitaire.

A côté des avantages que je lui ai attribués, le médecin ne tardera pas à lui reconnaître des propriétés qu'il n'est pas de ma compétence de démontrer.

En résumant ce qui précède on trouve :

1° Que deux onces d'écorce de racine de grenadier est la dose pratique capable de détruire le tænia chez les adultes ;

2° Que par ébullition dans deux livres d'eau réduites à une livre et demie, cette dose donne une liqueur facilement altérable dont le produit, en extrait sec, n'est que de *trois gros neuf grains ;*

3° Que la même dose, traitée à froid, au moyen du déplacement, par 4 onces d'eau ou deux fois son poids seulement (au lieu de douze, comme dans l'opération ci-dessus), donne un liquide dont les élémens sont plus stables, et qui fournit *trois gros et demi d'extrait*, ce qui met hors de doute la supériorité de ce traitement sur le précédent ;

4° Que par l'action réitérée de l'eau sur l'écorce, elle parvient à se charger de principes qui s'élèvent à la *moitié de son poids*, et d'acquérir une densité qui peut être por-

téc jusqu'au point le plus rapproché de l'état d'extrait;

5° Que cette méthode de concentration peut être utilement appliquée à extraire des substances végétales les principes auxquels elles doivent leurs propriétés, sans être exposée à toutes les causes d'altération qui peuvent résulter des procédés suivis;

6° Que le soluté, pesant 15° à l'aréomètre, qui contient *cinquante centièmes* d'extrait, étant uni à un poids égal de sucre, constitue un sirop qui représente, à poids égal, l'écorce de racine de grenadier dans ses propriétés, et contient, ainsi qu'elle, un quart de principes extractifs obtenus immédiatement;

7° Enfin, que le sirop d'écorce de racine de grenadier doit posséder, dans toute leur intégrité, les propriétés tænifuges de la substance, et lui est préférable dans l'administration par l'ensemble de ses caractères.

J.-B. DUBLANC.

Nouvelle préparation des emplâtres émétisés.

Dans le numéro de janvier 1834 du Journal du collége de Pharmacie de Philadelphie, on trouve l'indication d'une méthode pour la préparation des emplâtres émétisés qui me semble préférable au mode usité en France; c'est ce qui m'engage à le faire connaître.

La différence essentielle entre les deux procédés consiste en ce que le tartre stibié que nous avons l'habitude d'étendre à la surface de l'emplâtre, est, dans la recette nouvelle, incorporé à la masse, ordinairement dans la proportion *de trois gros par once*. C'est une application heureuse de la méthode qui est généralement adoptée aujourd'hui pour la préparation des emplâtres vésicatoires, et qui les a fait désigner sous le nom d'emplâtres-vésicatoires par incorporation.

Les inconvéniens de l'ancien mode de préparation des emplâtres émétisés sont de plusieurs genres; la poudre détruit toujours leur adhérence, et même il arrive souvent qu'elle se détache en partie avant l'application. Dans ce cas, la petite quantité qui reste fixée ne produit plus qu'un effet peu marqué; si l'on a soin au contraire d'éviter cette perte et d'emprisonner entre l'emplâtre et la peau une proportion notable d'émétique l'action du topique devient difficile à régler et dépasse dans quelques cas les limites dans lesquelles on voulait la circonscrire.

Les avantages de la nouvelle méthode sont, d'offrir un emplâtre adhérent, sans qu'il cesse d'être efficace en raison de la forte proportion de sel introduite dans la masse, de fournir un tonique dont on peut aisément varier la force et régler les effets. Ce moyen doit être propre à prévenir les suites fâcheuses qui résultent quelquefois de l'application trop prolongée des emplâtres *saupoudrés d'émétique*. L'action de ceux qu'on préparerait par incorporation me semble devoir être plus locale, si l'on peut s'exprimer ainsi, l'absorption du sel devenant moins facile par son mélange avec la masse emplastique.

Le *Bulletin de Thérapeutique* a rapporté il y a quelque temps les observations que j'avais publiées dans le *Journal de Pharmacie*, sur les inconvéniens qui peuvent suivre l'application des emplâtres saupoudrés d'émétique. Les faits que j'avais signalés y étaient présentés comme des exceptions utiles à connaître, et je n'avais d'autre but que d'éveiller sur ce point l'attention et la prudence des praticiens. Depuis, M. Raymond, pharmacien à Rodez, a cru pouvoir contester l'exactitude de ces observations. M. Raymond a eu tort : les faits cités sont exacts, et dans ma propre famille, l'application d'un emplâtre recouvert d'émétique et maintenu pendant vingt-quatre heures, a failli amener des conséquences funestes. Quant à la préparation des emplâtres que M. Raymond croit pouvoir attaquer comme ayant été défectueuse, c'est une supposition gratuite et sans fondement.

POLYDORE BOULLAY.

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

JUIN 1834.

OBSERVATIONS

Sur la composition chimique des corps gras; par M. L.-R. LE CANU, professeur titulaire à l'École de Pharmacie de Paris, etc. *Mémoire lu à l'Académie des Sciences* (1).

On admet généralement que la plupart des corps gras d'origine animale ou végétale, tels que l'axonge, le suif de mouton, l'huile d'olives, présentent essentiellement la même composition chimique, et ne diffèrent entre eux que par la plus ou moins grande proportion de principe solide qu'ils renferment.

Cependant, lorsque l'on vient à les traiter comparativement par l'éther, on ne tarde pas à reconnaître entre ces corps des différences prononcées.

Ainsi l'huile d'olives se dissout complètement à la température de + 15° centigrades dans une fois et demie son poids d'éther, tandis qu'il faut dans les mêmes circonstances plus de 60 parties d'éther pour dissoudre une seule partie de suif de mouton; et, ce qui prouve que cette différence n'est pas uniquement due, comme on pourrait le penser, à la plus faible proportion de matière liquide que contient l'huile employée, c'est que l'on obtient des résultats analogues, alors même que l'on opère sur la partie solide de l'huile d'olives, séparée par le filtre et l'imbibition, entre des feuilles de papier non collé de la matière liquide qui l'accompagnait.

Ce fait, que j'avais eu l'été dernier l'occasion de constater en m'occupant, pendant mon cours à l'école de pharmacie, de rechercher un moyen prompt et facile de distinguer l'axonge d'un mélange d'huile et de cire, m'a conduit à des observations que je crois dignes d'être soumises au jugement de l'Académie, puisqu'elles doivent ajouter quelque chose aux travaux si remarquables d'un de ses plus célèbres membres. J'espère, en effet, démontrer dans le courant de ce mémoire, que la composition chimique des corps gras précités n'est pas constamment telle qu'on a dû l'admettre jusqu'à ce jour.

Que l'on traite à froid par l'éther une certaine quantité de suif de mouton jusqu'à ce que la matière mise en expérience paraisse ne plus diminuer de volume, ou bien encore après avoir versé sur du suif de mouton préalablement fondu au bain-marie 5 à 6 fois son volume d'éther, et laissé refroidir le mélange, qu'on l'exprime fortement, et dans l'un et l'autre cas on obtiendra pour résidu une matière solide, blanche, sans odeur et sans saveur, en apparence semblable à la stéarine de M. Chevreul, mais douée de propriétés chimiques particulières.

Comprimée, elle est en petites lames brillantes comme la cétine ou comme l'acide stéarique, ce qui n'a jamais lieu avec la stéarine de M. Chevreul.

Fondue, elle est en masse sans texture cristalline et demi-transparente comme la cire, mais infiniment plus cassante car on peut aisément la réduire en poudre. Un thermomètre qu'on y plonge, quand elle est fondue, s'abaisse d'abord d'un certain nombre de degrés, puis remonte au moment où s'opère la complète solidification. Dans une première expérience la colonne de mercure est remontée.

—		à	+ 55,5
dans une	2e.	à	+ 54
—	3e.	à	+ 53
—	4e.	à	+ 53,5

Chauffé plus fortement, elle entre en ébullition et fournit, sans se colorer sensiblement, un produit solide analogue à celui que nous avions obtenu, M. Bussy et moi, dans la distillation de l'axonge et du suif, plus solide toutefois, et dont on peut au moyen de la pression et de cristallisation dans l'alcool convenablement répétées, extraire un acide fusible à + 65, indice certain, d'après M. Chevreul, de la présence de l'acide stéarique.

Si donc, dans nos recherches sur la distillation de l'axonge et du suif, nous avons cru pouvoir annoncer qu'il ne se produit pas d'acide stéarique, c'était probablement parce que la présence d'un corps étranger nous en avait masqué l'existence; tout en effet porte à penser que l'acide stéarique doit se produire pendant la distillation du suif et de l'axonge, aussi bien que pendant celle de la matière que nous examinons.

M.

(1) Sur le rapport de MM. Chevreul et Dumas, chargés de l'examen de ce mémoire, l'Académie des sciences, dans sa séance du 7 avril, en a ordonné l'insertation dans le recueil des savans étranges.

L'alcool du commerce marquant 36° à l'aréomètre de Baumé, l'alcool plus concentré marquant 97° à l'alcoomètre centécimal de M. Gay-Lussac, ne la dissolvent sensiblement qu'à chaud, et par le refroidissement la laissent déposer presque en totalité sous forme de flocons blancs neigeux.

L'éther bouillant la dissout en très-grande proportion; mais à la température de + 15°, l'éther refroidi n'en contient plus que 1/225 de son poids.

La potasse caustique en dissolution concentrée la dissout à chaud en donnant naissance à un véritable savon soluble à froid dans l'alcool et dans l'eau.

Si l'on décompose par l'acide hydrochlorique la dissolution aqueuse de ce savon, et si l'on dissout ensuite à chaud dans l'alcool acidulé, afin d'en séparer les dernières portions d'alcali, la matière grasse figée à la surface de l'eau refroidie, on s'aperçoit, après l'avoir précipitée au moyen de l'eau et lavée jusqu'à ce que les dernières eaux de lavage cessent de rougir le papier bleu de tournesol et de précipiter le nitrate d'argent, que la matière grasse dont le poids, après dessiccation au bain-marie, représente les 9,688/10 seulement du poids de la matière mise en expérience, a complétement changé de nature.

Elle est devenue soluble à froid dans l'éther, très-soluble à chaud dans l'alcool qu'elle rend acide au papier, fusible à + 64°; enfin elle a acquis les principaux caractères de l'acide stéarique, à cette légère différence près qu'elle est un peu plus fusible. Une dissolution dans l'alcool, suivie d'une cristallisation, élève de deux degrés son point de fusion, mais ce point une fois atteint, il n'a plus été possible de le dépasser. Cependant l'acide stéarique est, selon M. Chevreul, fusible à + 70°.

A quoi tient cette différence? Je l'ignore complétement, et je me borne à la signaler en faisant observer, comme une coïncidence fort singulière, que M. Bussy, dans le courant des importantes recherches qu'il poursuit en ce moment, n'a jamais de son côté obtenu un acide stéarique fusible à plus de 66° (1).

Dans la liqueur acide provenant de la décomposition du savon, on retrouve en évaporant après saturation complète par le carbonate de soude, afin de prévenir la réaction de l'excès d'acide hydrochlorique puis reprenant par l'alcool concentré le produit de l'évaporation, une certaine quantité de glycérine (8 pour 100 environ).

L'analyse élémentaire de cette substance, faite dans le laboratoire de l'École polytechnique, sous les yeux, et, j'ai plaisir à le dire, sous la direction de M. Dumas, a donné dans une première expérience pour 0,9360 de matière;

Acide carbonique.	1,009
Eau.	0,396

ce qui fournirait en centièmes :

Carbone.	77,55
Hydrogène.	12,17
Oxigène.	10,28
	100,00

Mais comme la matière était difficile à brûler, on a recommencé l'expérience en la dirigeant avec une extrême lenteur. Aussi, bien que les résultats de cette analyse diffèrent peu de ceux de la précédente, comme cependant la combustion fut plus parfaite, on doit les considérer comme étant encore plus exacts.

Cette fois on a obtenu pour 0,9300 de matière :

Acide carbonique.	0,846
Eau.	0,336

ou pour 100 :

Carbone.	78,029
Hydrogène.	12,387
Oxigène.	9,584
	00,00

Transformés en atomes, ces résultats conduisent à la formule suivante :

$$C^{146} H^{140} O^{7}.$$

laquelle donnerait :

C^{146} =	5,586	78,02
H^{140} =	875	12,20
O^{7} =	700	9,78
	7,161	100,00

Or, cette formule coïnciderait avec la formule décomposée qui suit :

$$C^{140} H^{134} O^{5} + C^{6} H^{6} O^{2},$$

dans laquelle on aurait un atome d'acide stéarique anhydre

(1) *N. B.* La complète solubilité dans l'éther froid du produit de la décomposition du savon, m'a paru indiquer plus sûrement que ne le fait sa solubilité dans l'alcool bouillant, l'entière transformation de la matière grasse neutre en matière acide. J'ai en effet eu deux fois l'occasion de remarquer qu'une portion notable de matière neutre peut-être altérée, mais à coup sûr non convertie en acide, s'était dissoute à chaud dans l'alcool, sans doute à la faveur de la matière acide qui l'accompagnait; tandis que l'éther froid avait permis de la séparer. L'emploi de l'éther froid permet de plus de constater aisément, dans ce même produit, la présence d'un sur stéarate, qu'il dissout encore moins bien que l'alcool bouillant. J'insiste sur ce point, parce qu'on ne se fait guère l'idée de la ténacité avec laquelle la matière grasse retient l'alcali, ou plutôt de la difficulté que présente l'entière séparation des dernières portions d'alcali, quand on décompose par l'acide hydrochlorique ou quelque autre acide les dissolutions aqueuses de savon. La matière grasse défend les dernières portions de stéarate, de l'action décomposante de l'acide : aussi, ai-je toujours employé avec succès la modification que j'ai signalée plus haut, et qui consiste à dissoudre la matière grasse dans l'alcool acidulé, et à faire bouillir quelques instans. De cette manière, le contact entre l'acide hydrochlorique et le sel savonneux est infiniment plus parfait.

combiné avec un atome de glycerine également anhydre (1).

On peut donc admettre que la matière analysée renferme des quantités de carbone, d'hydrogène et d'oxigène telles, qu'elle peut, sous certaines influences, la transformer tout entière en acide stéarique et en glycerine; peut-être même constitue-t-elle à l'état naturel une combinaison particulière dans laquelle la glycerine jouerait, par rapport à l'acide, le rôle de base, et contiendrait exactement autant d'oxigène qu'en contiennent les oxides dans les stéarates neutres.

De ces considérations que l'expérience appuie, puisqu'elle prouve la conversion de la matière première, d'une part, en acide stéarique sensiblement pur, représentant en poids les $\frac{9.683}{10}$ de la matière primitive; d'autre part, en glycerine dans la proportion à l'état d'hydrate de 8 pour 100 environ de matière grasse, découlent, ce me semble, entre autres, les conséquences suivantes:

1° L'acide stéarique, ainsi que l'avait annoncé M. Chevreul, mais sans en avoir pu fournir une preuve complète, est dans l'acte de la saponification l'unique produit acide d'un des principes immédiats des graisses; de même que très-probablement l'acide oléique est à son tour l'unique produit acide d'un autre principe; de même encore que très probablement les acides butyrique, caprique, caproïque, proviennent d'autant de principes particuliers dont l'un fournirait l'acide butyrique, l'autre l'acide caprique, le troisième enfin l'acide caproïque (2).

2° Dans l'acte de la saponification, l'action des alcalis se borne, suivant qu'on admet telle ou telle hypothèse relativement à la composition élémentaire des principes immédiats des corps gras, dans un cas à produire aux dépens de la majeure partie de leur carbone, de leur hydrogène et de leur oxigène, un acide gras, tandis que le reste de leur carbone, de leur hydrogène et de leur oxigène se combine en d'autres proportions pour produire la glycerine. Dans un autre cas, à éliminer la glycerine toute formée en vertu simplement de leur plus grande affinité pour l'acide qui la saturait.

Pour des raisons semblables on admettrait, que dans l'acte de la distillation, la majeure partie des élémens des principes gras s'unit de manière à donner naissance à des acides volatils, tandis que l'autre partie, peut-être après avoir à une certaine époque produit de la glycerine, se dissocie pour former les composés solides, liquides et gazeux qu'on obtient en même temps que l'acide stéarique. Ou si l'on préfère la seconde hypothèse, on admettra que dans ce même acte de la distillation, les acides volatils préexistans ne font que se séparer de la glycerine, ainsi que cela a lieu pour plusieurs composés, dont l'un des principes est volatil et l'autre fixe.

J'observerai, relativement à ces conséquences, qui pour la plupart ne font que reproduire des idées depuis long-temps émises par M. Chevreul, qu'elles sont toutes fondées sur les analyses de l'acide stéarique et de la glycérine, telles que les a données cet habile chimiste. Ces analyses publiées à une époque où les procédés d'exécution étaient loin d'être aussi faciles qu'ils le sont devenus depuis, sont cependant d'une si admirable précision, qu'elles ont permis à leur auteur d'établir à l'avance la véritable composition d'un corps qui pour lui n'existait pas.

Je veux parler de la stéarine pure, car nous verrons tout à l'heure que la matière à laquelle M. Chevreul a donné le nom de stéarine ne semble pas être un véritable principe immédiat organique.

La matière nacrée, dont je viens de décrire les principales propriétés, existe pour plus de, 1/4 dans le suif de mouton; elle existe aussi, quoique en moindre proportion, dans l'axonge, le suif de veau, le beurre, et très-probablement dans la plupart des autres graisses d'origine animale.

La graisse d'homme, que M. Chevreul signale comme étant de nature particulière parce qu'elle ne produit pas d'acide stéarique quand on la saponifie, contient elle-même une substance nacrée peu ou point soluble dans l'éther, que je suis très-disposé à croire identique à la précédente; mais le temps ne m'a pas encore permis d'en faire l'objet d'un examen comparatif approfondi.

Rien d'ailleurs de plus facile que d'obtenir à l'état de pureté la matière nacrée des graisses; il suffit, par exemple, après avoir recueilli sur un linge et fortement exprimé la partie insoluble dans l'éther froid du traitement du suif de mouton, de la faire dissoudre dans l'éther bouillant et cristalliser jusqu'à ce que son point de fusion reste constant, ou jusqu'à ce que les liqueurs éthérées, au sein desquelles elle cristallise, fournissent elles-mêmes, par l'évaporation, un résidu fusible à + 62° (1).

J'ai dit plus haut que le produit, auquel M. Chevreul a donné le nom de stéarine, ne me paraissait pas être un véritable principe immédiat; voici les expériences sur lesquelles je fonde cette opinion:

J'ai pris 30 grammes de suif de mouton fusible à + 48°; je les ai traités par 3 livres d'alcool à 36°, employé bouillant en différentes fois, la majeure partie du suif, 25 grammes, est restée indissoute, les six autres grammes se sont dissous, et par les refroidissemens des liqueurs se sont en grande partie déposés sous forme de flocons blancs neigeux, que j'ai recueillis sur un linge fortement exprimés à la presse, puis enfin chauffés au bain-marie, pour en séparer les dernières portions d'alcool interposées. Le produit obtenu était fusible à + 49°, par conséquent d'un degré seulement moins fusible que la matière employée. L'éther froid l'a partagé en deux parties très-distinctes, l'une moins considérable, opaque, d'un blanc mat, très-soluble dans l'éther froid; l'autre, plus considérable, nacrée, peu ou point soluble dans l'éther froid, très-soluble dans l'éther bouillant, qui la laissait, en se refroidissant, précipiter en

(1) On adopte ici la formule de l'acide stéarique, rectifiée par M. Berzélius, qui y admet un atome d'hydrogène de moins que M. Chevreul, se fondant du reste sur l'analyse de M. Chevreul lui-même.

(2) Voir à ce sujet l'ouvrage de M. Chevreul, et ses excellens articles du *Dictionnaire des sciences naturelles*, publié chez Levrault.

(1) L'emploi de l'éther permet aussi d'obtenir avec une extrême facilité la cétine pure, dont le peu de solubilité dans l'alcool rend l'entière purification assez difficile, quand on fait usage de ce dernier véhicule.

petites lames micacées faciles enfin à reconnaître pour la matière nacrée précédemment décrite.

La matière adipocireuse, décrite par M. Braconnot, dans son mémoire sur les corps gras, si plein de faits et malheureusement trop peu cité, correspond au contraire parfaitement à notre principe nacré des graisses; et en effet, M. Braconnot, *Annales de chimie*, tome 93, pages 249 et 264, lui donne pour caractère de se fondre à 49° Réaumur, 61, 25 centigrades, et de fournir, quand on la traite par la potasse, un adipocire fusible à + 50 Réaumur, 62, 5, centigrades.

J'observerai seulement que l'ingénieux procédé de M. Braconnot, l'imbibition dans du papier non collé d'un mélange de suif de mouton et d'essence de térébenthine ne fournit un produit parfaitement pur qu'autant que l'on a le soin de fondre le suif à plusieurs reprises avec de nouvelles quantités d'essence, encore vaut-il mieux comme j'en ai eu l'idée le faire dissoudre en dernier lieu dans l'éther bouillant et cristalliser. Cette facile modification permet de séparer les dernières portions de matière grasse étrangère, et les dernières portions d'essence interposée plus complétement que ne peut le faire une ébullition prolongée, d'ailleurs susceptible d'altérer le produit lui-même, et de résinifier une partie de l'essence.

Mais si M. Braconnot, en cela plus heureux que M. Chevreul, a le premier séparé du suif de bœuf et de mouton un principe immédiat solide sensiblement pur, il n'a point aperçu la matière solide qui l'accompagne constamment, et constitue la partie soluble dans l'éther de la stéarine de M. Chevreul.

L'étude de cette seconde matière n'est point, je l'avoue, a beaucoup près aussi complète que je l'aurais désiré; aussi m'empresserai-je de la reprendre aussitôt que des fonctions que j'ai à cœur de remplir honorablement, m'en laisseront le loisir. Toutefois, je crois dès à présent pouvoir en admettre l'existence dans le suif de mouton, l'axonge et quelques autres graisses animales, comme un fait démontré, trois moyens principaux ont été employés pour l'obtenir. Le premier consistait à abandonner, à une évaporation spontanée, les liqueurs éthérées provenant du traitement du suif de mouton; puis quand les liqueurs avaient laissé déposer une partie de la matière solide qu'elles contenaient en retenant de préférence la partie liquide (oléine), à comprimer les flocons recueillis sur un linge, à les exprimer fortement, enfin à les exposer à la chaleur prolongée du bain-marie.

Le second à évaporer complétement les liqueurs éthérées, à recueillir le résidu, à le comprimer entre des feuilles de papier qu'on avait le soin de renouveler plusieurs fois, et dans cet état à le partager en deux portions :

L'une destinée à être traitée par l'alcool, à l'imitation du procédé donné par M. Chevreul; l'autre à être fondue mélangée d'essence de térébenthine, et comprimée de nouveau à l'imitation du procédé donné par M. Braconnot.

Dans une dernière expérience, la matière obtenue par ce dernier procédé fut redissoute dans l'éther froid, et séparée partiellement pour l'évaporation, afin de rendre plus complète encore, s'il était possible, sa purification (1). La matière obtenue par l'un ou par l'autre de ces procédés est sensiblement identique.

Elle est beaucoup plus fusible que la matière nacrée précédemment décrite, puisqu'elle entre en fusion à + 47, tandis que celle-ci, placée comparativement dans une ampoule soufflée à l'extrémité d'un tube, ne se fond qu'à + 62°.

Elle se comporte avec l'alcool, soit à chaud, soit à froid, à peu de choses près de la même manière, ce qui suffit pour rendre raison de sa présence dans le produit désigné par M. Chevreul sous le nom de stéarine; mais l'éther froid la dissout en bien plus grande proportion. Ainsi un mélange de 2 grammes de cette matière, et de 5 grammes d'éther, forment une dissolution complète à + 18°, si le mélange était fait dans les proportions de 10 parties d'éther contre 2 de matière, la dissolution était complète à + 16, et ne se troublait qu'à + 12°.

La potasse caustique la transformait d'une part en glycerine, et d'autre part en une masse acide, en grande partie formée d'acide fusible à + 66.

La preuve que j'avais acquise de l'entière transformation de la matière nacrée en acide stéarique dans les mêmes circonstances, jointe à l'opinion émise par M. Chevreul, de la présence dans les savons de graisses animales d'un acide distinct de l'acide stéarique, conduisant naturellement à penser que l'acide margarique devait être produit par la matière nouvelle, j'ai trois fois répété l'expérience, mais trois fois je me suis convaincu de la présence réelle de l'acide stéarique dans le produit de la décomposition de son savon.

Au reste, ce résultat, tout en contredisant une opinion trop rationnelle pour qu'elle ne donne pas lieu nécessairement à de nouvelles recherches, n'aurait après tout rien qui dût surprendre, quand on réfléchit que la cétine, si essentiellement différente de tous les produits immédiats connus des graisses animales, peut aussi, et dans la distillation et dans la saponification, donner naissance à des acides identiques.

Les acides stéarique et margarique offrent d'ailleurs une telle analogie, leur caractère distinctif presque exclusif, la fusibilité de l'un à + 70, de l'autre à + 60, est tellement susceptible d'être altéré par la présence de la plus minime quantité de matière étrangère, qu'il est très-difficile de ne pas les confondre, et même que sans la confiance si légitimement inspirée par le nom de M. Chevreul, on serait parfois tenté de ne les considérer que comme des variétés d'un même corps.

Que si l'idée se présentait à l'esprit que le produit des graisses, fusible à + 48°, soluble dans environ deux fois son poids d'éther froid, pourrait bien être un simple mélange; je répondrai d'abord que son point de fusion reste constant, et qu'il faudrait par conséquent, pour admettre l'idée d'un mélange, admettre aussi entre les corps qui le composent une force d'attraction assez peu vraisemblable; ensuite que l'oléine augmente si peu la solubilité dans l'éther de la matière nacrée, qu'il est possible de retrouver cette

(1) On peut encore se procurer cette matière, en exposant à une basse température l'essence de térébenthine, dont on se sert pour extraire l'adipocire de M. Braconnot, et comprimant la masse congelée.

dernière dans des mélanges artificiels qui n'en contiennent qu'un dixième, voire même qu'un centième.

Que l'on prenne 0,32 de matière nacrée, qu'on la dissolve à chaud dans 20 grammes d'huile d'amandes douces, et lorsque la dissolution, qui restera fluide, sera complétement refroidie, qu'on y verse 35 grammes environ d'éther, et l'on verra tout aussitôt le mélange se troubler, laisser déposer des flocons blancs, jouissant de toutes les propriétés de la matière nacrée.

Dans les mêmes circonstances, un mélange d'huile d'amandes douces et d'éther ne se trouble en aucune manière.

L'existence d'une seconde matière solide, comme principe immédiat de l'axonge, du suif de mouton et de leurs analogues, me semble donc, je le répète, devoir être admise, tout en avouant encore que de nouvelles expériences sont nécessaires pour en faire connaître la véritable composition élémentaire, et pour rendre parfaitement compte des changemens qu'elle éprouve au contact des alcalis.

La matière solide de plusieurs huiles d'origine végétale, et plus spécialement celle de l'huile d'olives, partage avec la matière que je viens de décrire, en second lieu, la propriété de se dissoudre presqu'en toutes proportions dans l'éther froid, ce qui explique parfaitement la différence signalée au commencement de ce mémoire entre les différens corps gras traités comparativement par l'éther. Mais l'identité n'est pas complète, car si l'une se fond à + 48, l'autre se fond à + 28; si l'une fournit parmi les produits de sa saponification un acide fusible à + 66, que l'on peut considérer comme étant identique avec l'acide stéarique, l'autre, au contraire, fournit un acide fusible à + 60°, dont des dissolutions dans l'alcool bouillant et des cristalisations réitérées en peuvent élever sensiblement le point de fusion.

Ce serait donc à tort que l'on prétendrait considérer les huiles d'origine végétale, identiques à l'huile d'olives, comme ne différant des graisses d'origine animale que par l'absence de la matière nacrée.

Il paraît même qu'il n'existe pas entre toutes les huiles d'origine végétale une aussi parfaite analogie qu'on l'admet assez généralement, et que quelques-unes d'entre elles se rapprochent davantage des graisses animales que de l'huile d'olive; ainsi l'huile concrète de muscades paraît devoir son incomplète solubilité dans l'éther à une matière nacrée analogue à celle qu'on rencontre dans le suif de mouton. Schrader, dans des expériences que cite M. Berzélius, avait déjà signalé cette incomplète solubilité du beurre de muscades dans l'éther; et j'ai de nouveau eu l'occasion de la constater en étendant la même observation au beurre de cacao qui toutefois contient une plus faible proportion de matière nacrée; de telle sorte que, pour l'y retrouver, il devient nécessaire d'employer des précautions particulières; par exemple, de dissoudre le beurre de cacao dans l'éther, d'exposer la dissolution à un froid de quelques degrés au-dessous de 0, et de ne recueillir que les premiers flocons déposés.

Si nous essayons maintenant de résumer les faits principaux exposés dans le courant de ce mémoire, nous verrons :

1° Que si les huiles végétales analogues à l'huile d'olives ne paraissent renfermer, comme on l'a depuis long-temps admis, qu'un principe liquide et un principe solide mélangés en différentes proportions, les corps gras d'origine animale, outre un principe liquide, renferment au moins deux principes solides.

Le premier seul, moins fusible, beaucoup moins soluble dans l'éther, pourra conserver à l'avenir le nom de stéarine, jusqu'alors appliqué au mélange des deux.

Le second, plus fusible, beaucoup plus soluble dans l'éther, fort analogue au principe solide de l'huile d'olives, mais non complétement identique avec lui, devra recevoir au contraire, un nom particulier qui pourrait être celui de margarine, en distinguant la margarine des graisses de la margarine des huiles.

2° Que le beurre de cacao et l'huile de muscades, bien que d'origine végétale, s'éloignent par leur composition de l'huile d'olives pour se rapprocher davantage des graisses d'origine animale.

3° Que l'expérience prouve la complète transformation par les alcalis de la stéarine pure en acide stéarique et en glycerine, en même temps que son analyse élémentaire fait voir à l'entière simplification de la théorie de la saponification, qu'elle peut être représentée dans sa composition par de l'acide stéarique anhydre et de la glycerine également anhydre.

Je terminerai en appelant d'une manière toute particulière l'attention de l'académie sur la stéarine pure, dont j'ai l'honneur de mettre un échantillon sous ses yeux. Il me semble vraiment impossible que l'industrie française tarde à tirer parti de cette substance. Aujourd'hui qu'il reste demontré que la partie solide des graisses, telle qu'on l'obtient par l'expression ou par l'alcool bouillant est un mélange en proportions variables de deux principes diversement solides, diversement fusibles, on conçoit beaucoup mieux qu'on ne l'avait pu faire jusqu'alors la possibilité réelle d'extraire directement des graisses, sans les altérer, une matière de nature à remplacer la cire; et d'un autre côté divers essais m'autorisent dès à présent à penser qu'il sera possible de livrer au commerce la stéarine pure à un prix assez bas pour faire un jour complétement abandonner l'usage des chandelles de suif, dont les nombreux inconvéniens sont depuis si long-temps signalés.

J'ose donc espérer que l'académie verra, dans ce qu'il peut offrir d'intéressant pour les arts, un motif de plus d'excuser les imperfections du mémoire que j'ai l'honneur de lui soumettre, et que j'espère faire suivre d'un second mémoire propre à le compléter.

De la composition de quelques substances organiques; par MM. BLANCHET et SELL.

Extrait des Annales de pharmacie, tom. VI, cahier 3.

SUITE.

Huile d'anis.

Elle est contenue particulièrement dans les semences du *pimpinella anisum;* elle est composée de deux huiles, un

stéaroptène et une éléoptène. Le premier est dissout dans le second à + 17°; son poids monte au quart de celui de l'huile. Toutes les huiles d'anis ne laissent pas déposer du stéaroptène, on trouve des huiles parfaitement pures qui restent liquides dans toutes les conditions. Celle qui contient du stéaroptène commence à le déposer à + 10°. L'huile d'anis, comme toutes les huiles volatiles, absorbe l'air, augmente de poids et devient plus épaisse; son poids spécifique est, d'après

Saussure, à 25°.	0,9857	
Martius.	0,9853	huile ancienne.
Idem.	0,979	récente.
Tremlich, à 17°.	0,991	
Chardin, à 25°.	1,075	

Le poids spécifique varie donc selon son âge et selon la qualité du stéaroptène quelle contient :

Analyse. 0,4925 de matière nous ont donné 1,449 acide carbonique et 0,379 eau.

La composition de l'huile, calculée d'après cette analyse, serait :

Carbone.	81,35
Hydrogène.	8,55
Oxigène.	10,10
	100,00

L'huile que nous avons employée pour l'analyse était de l'huile d'anis ordinaire, colorée en jaune, qui contenait beaucoup de stéaroptène; elle a été dépouillée de son eau par le chlorure de calcium.

Stéaroptène de l'huile d'anis.

On peut le séparer de l'éléoptène, en le pressant entre du papier à filtrer, à une température de 0°. Ce procédé ne fournirait cependant pas un produit parfaitement pur et propre à être soumis à l'analyse. C'est pour cette raison que nous avons suivi le procédé ci-après.

Le stéaroptène dépouillé de l'éléoptène, autant que possible, par le procédé qui vient d'être décrit, a été dissout à chaud dans l'alcool à 90; par le refroidissement il cristallisait en larges écailles brillantes, qu'on a rassemblées sur un filtre, et séchées entre du papier à filtre; en faisant fondre le stéaroptène ainsi obtenu, nous l'avons dépouillé de l'alcool adhérent. Le stéaroptène, parfaitement pur, était cristallisé en paillettes nacrées; il est plus pesant que l'eau; il fond à 16°; il entre en ébullition à 220° sans se décomposer; il est plus volatil que l'éléoptène, mais se dissout avec moins de facilité dans l'alcool. Le stéaroptène solide n'éprouve aucune décomposition à l'air, à l'état fluide il se comporte comme l'huile.

Analyse. 0,443 de matière nous ont donné 1,311 acide carbonique et 0,324 eau.

Sa composition, calculée d'après cette analyse, serait :

Carbone.	81,21
Hydrogène.	8,12
Oxigène.	10,67
	100,00

A cette analyse correspond la formule suivante :

				Composition calculée.
5 atomes de carbone.	3,8215	Carbone.	81,39
6 d'hydrogène.	0,3738	Hydrogène.	7,96
1/2 d'oxigène.	0,5000	Oxigène.	10,64
			99 99

Saussure et Dumas ont trouvé la composition suivante au stéaroptène de l'huile d'anis :

	Saussure.	Dumas.
Carbone.	83,47	81,35
Hydrogène.	7,53	8,26
Oxigène.	8,54	10,39
Azote.	0,46	»
	100,00	100,00

Huile de fenouil.

Son poids spécifique est selon :

Martius.	0,9853
Lecois.	0,997
Chardin, à 25.	0,896

Cette huile présente la plus grande analogie avec l'huile d'anis : toutes les deux déposent le stéaroptène à 10°. Du reste, elles ont à peu près le même poids spécifique :

Composition.	Carbone.	77,19.
	Hydrogène.	8,49
	Oxigène.	14,32
		100,00

Selon Goebel, l'huile de fenouil est composée de :

Carbone.	75,4
Hydrogène.	10,0
Oxigène.	14,6
	100,0

Stéaroptène de l'huile de fenouil.

		Analyse 1.	Analyse 2.
Composition.	Carbone.	80,72	81,19
	Hydrogène	8,09	8,24
	Oxigène.	11,19	10,57

La formule trouvée par ces analyses est :

			Composition calculée.	
5 atomes de carbone.		3,8215	Carbone.	81,39
6	d'hydrogène.	0,3738	Hydrogène.	7,96
1/2	d'oxigène.	0,5000	Oxigène.	10,64
				99,99

En comparant les analyses du stéaroptène de l'huile d'anis avec celle du stéaroptène de l'huile de fenouil, on ne saurait plus révoquer en doute leur identité. La différence des deux huiles doit être attribuée à la diversité de leurs éléoptènes, leurs stéaroptènes fondent et entrent en ébullition à la même température, et ils présentent parfaitement la même composition.

Huile de menthe poivrée.

Dans toute la plante du *mentha piperita* se trouve répandue une huile volatile qu'on peut obtenir par la distillation avec l'eau. Dans le commerce on en distingue particulièrement deux qualités, l'une vient de l'Amérique, l'autre est fournie par la France, l'Angleterre et l'Allemagne. L'huile de menthe poivrée, d'Amérique, dépose une plus grande quantité de stéaroptène. Celle produite en Allemagne possède cette propriété, dans un beaucoup moindre degré. D'après Gièse, l'huile qu'on obtient de la plante verte et avant la floraison, ne dépose point de stéaroptène; mais si la plante est recueillie et séchée pendant la floraison, elle donne à la distillation avec l'eau une huile qui dépose du stéaroptène.

Le poids spécifique de l'huile de menthe poivrée est selon :

Martius.	0,9098	d'une huile préparée par lui et non rectifiée.
Idem.	0,9024	huile rectifiée.
Chardin, à 18°	0,9068	huile d'Angleterre.
Idem. à 25°	0,917	huile de France.

L'huile que nous avons analysée avait été tout récemment préparée par M. Nieper, pharmacien de Heidelberg; nous l'avons mise en contact avec du chlorure de calcium pendant plusieurs jours pour la dépouiller de toute l'eau :

		Analyse 1.	Analyse 2.
Composition.	Carbone.	79,63	79,53
	Hydrogène.	11,25	10,77
	Oxigène.	9,12	9,70
		100,00	100,00

Les deux analyses donnent la même formule atomistique, savoir :

6 atomes de carbone.		4,5858	Carbone.	80,32
10	d'hydrogène.	0,6230	Hydrogène.	10,91
1/2	d'oxigène.	0,5000	Oxigène.	8,76
				99,99

Selon Goebel, l'huile de menthe poivrée est composée de :

Carbone.	75,1
Hydrogène.	13,4
Oxigène.	11,5
	100,0

Stéaroptène de l'huile de menthe poivrée.

L'huile de menthe poivrée d'Amérique dépose en partie son stéaroptène par refroidissement. Le stéaroptène cristallise en aiguilles, se fond à + 27°, entre en ébullition à + 208°; mais au contact de l'air il prend à cette température une teinte jaunâtre, et ne se fige alors qu'à + 24°. Il peut être distillé sans altération dans des vases clos. Le produit de la distillation forme après le refroidissement une masse blanche cassante, cristalline et assez dure. Le stéaroptène ne cristallise ni dans l'alcool, ni dans un mélange d'alcool et d'éther. Proust regarde ce stéaroptène aussi bien que le stéaroptène des labiées en général comme identiques avec le camphre commun.

Le stéaroptène soumis à l'analyse a été purifié par la distillation :

Analyse 1. 0,493 de matière ont donné 1,281 acide carbonique et 0,530 eau.

Analyse 2. 0,336 de stéaroptène ont donné 0,939 acide carbonique et 0,392 eau.

	Analyse 1.	Analyse 2.
Carbone.	79,63	77,27
Hydrogène.	11,35	12,96
Oxigène.	9,12	9,77
	100,00	100,00

La formule atomistique, calculée d'après, ces analyses est :

			Analyse calculée.	
5 atomes de carbone.		3,8215	Carbone.	77,28
10	d'hydrogène.	0,6230	Hydrogène.	12,59
1/2	d'oxigène.	0,5000	Oxigène.	10,12
				99,99

Il résulte de ces analyses qu'en considérant la composition chimique de ce stéaroptène, on ne saurait le croire identique avec le camphre commun.

Selon Dumas, le stéaroptène de l'huile de menthe poivrée, est composé de :

Carbone.	77,61
Hydrogène.	13,09
Oxigène.	9,30
	100,00

Huile d'asarum.

Composition.	Carbone.	75,41
	Hydrogène.	9,76
	Oxigène.	14,86
		100,00

Camphre d'asarum (hydrate d'huile d'asarum).

Il a été décrit d'abord par Goertz, et plus tard par Lassaigne et Feneulle ; mais c'est à M. Graeger que nous devons les recherches les plus importantes sur le camphre d'asarum ; il a publié les résultats qu'il a obtenus dans la dissertation dont nous allons donner un extrait, d'autant plus qu'on n'en a pas parlé dans d'autres journaux.

L'auteur a retiré deux substances cristallines de la racine d'asarum europeum, dont l'une était déjà connue auparavant sous le nom de *camphre d'asarum ;* l'autre ressemble à la première, il est vrai, mais elle s'en distingue par sa forme cristalline et par plusieurs autres caractères notamment par la manière dont elle se comporte avec les acides, elle a reçu le nom d'*asarite*. La racine, distillée avec de l'eau, fournit une liqueur laiteuse d'une odeur aromatique et d'une saveur âcre ; à la surface du liquide on voit nager des gouttes jaunâtres qui se transforment peu à peu en une masse de cristaux aiguillés. Après avoir été séparés de l'eau au moyen de la filtration, ces cristaux ont été dissous par l'alcool, et précipités de cette dissolution par l'eau ; ils formaient alors une masse blanchâtre et brillante qui flottait dans le liquide, tandis qu'une matière laiteuse jaune se déposait au fond. Celle-ci prenait bientôt l'apparence de *la manna tabulata*, et pouvait être séparée des cristaux par la décantation et la filtration. Les cristaux séchés entre des papiers à filtrer, présentent l'asarite pure. La masse huileuse coagulée jaune, qui est un mélange d'huile volatile et de camphre d'asarum, fut pressée entre des papiers à filtrer. En la faisant fondre dans une petite capsule de platine, l'huile fut évaporée ; il resta une matière parfaitement blanche.

L'asarite se présente en petites aiguilles ayant l'éclat de la soie, sans odeur ni saveur, d'un poids spécifique de 0,95 à 56° R. ; elle se fond en un liquide huileux incolore. Si l'on continue à la chauffer, elle passe à l'état de vapeur blanche très-irritante ; à une température plus élevée, elle brûle avec une flamme claire fuligineuse, et laisse pour résidu un charbon facile à incinérer. L'asarite se sublime sans se décomposer au commencement ; les dernières parties deviennent facilement empyreumatiques et jaune brun, en déposant du charbon sans qu'il se forme de l'ammoniaque. Les cristaux sont solubles dans l'alcool, l'éther et dans les huiles volatiles, mais non dans l'eau ; l'acide nitrique les dissout avec dégagement de gaz, en produisant de l'acide oxalique. L'acide sulfurique les dissout aussi avec dégagement de gaz ; mais si l'on étend d'eau cette dissolution, ils s'en séparent sans altération. Si l'on élève la température de l'acide sulfurique, l'asarite se dissout avec une couleur brune sans que la dissolution précipite par l'eau. La liqueur paraît peu à peu bleue ; étendue d'une plus grande quantité d'eau, elle paraît d'une couleur rouge de vin. Après avoir passé à la couleur violette elle dépose de l'ulmine. L'auteur présume qu'il se forme une combinaison d'hydrogène carboné et d'acide sulfurique, analogue à l'acide sulfovinique ou sulfonaphtalique.

Le camphre d'asarum se distingue de l'asarite par les propriétés suivantes : il se volatilise sans laisser de résidu, en dégageant des vapeurs fort irritantes ; l'eau le précipite de sa dissolution alcoolique en cubes et en prismes à six pans ; il ne se dissout dans l'acide nitrique que lentement et sans dégagement de gaz. La dissolution contient de l'acide oxalique. Avec l'acide sulfurique concentré, le camphre donne une dissolution d'un rouge brun ; l'eau en précipite une résine brune. La dissolution étendue contient un peu de tannin ; par l'effet de la chaleur elle ne devient ni bleue ni verte, mais d'un rouge brun. Après avoir été fondu il présente une masse striée cristalline.

Le camphre que M. Graeger a bien voulu nous remettre possédait les propriétés suivantes, il est parfaitement blanc, transparent, cristallisé en prismes à six pans ; il se fond à + 40°, et se prend à + 27° ; il entre en ébullition à 280°. Le thermomètre ne tarde pas à monter jusqu'à + 300°, température à laquelle le camphre est décomposé ; après le refroidissement il ne se solidifie qu'à 23 degrés, il ne se sublime pas. Nous l'avons purifié de nouveau pour l'analyser, en le faisant dissoudre dans l'alcool chaud et cristalliser.

			Atomes.
Composition.	Carbone.	69,48	8
	Hydrogène.	7,78	11
	Oxigène.	22,72	2
		99,99	

En comparant l'analyse de l'huile d'asarum à celle du camphre, on peut admettre presque avec certitude que l'huile est la base du camphre, et celui-ci l'hydrate de l'huile. La formule pour l'huile serait $C^8 H^9 O$, et sa composition

Carbone.	79,65
Hydrogène.	7,32
Oxigène.	13,02

Huile de persil.

En distillant les semences d'*apium petroselinum* avec de l'eau, on obtient une huile volatile légère, et une huile plus lourde, qui contient du camphre ; ce dernier ne tarde pas à se déposer au fond de l'eau en cristaux aiguillés. — En distillant même une très-grande quantité de semences, nous n'avons obtenu que trop peu de cette huile légère pour pouvoir la soumettre à quelques expériences.

Camphre de persil.

L'huile de persil, récemment préparée et mise en contact avec de l'eau, s'est convertie en camphre au bout de quelques jours. Au moyen de la filtration on peut séparer celui-

ci de l'eau, et le sécher entre du papier à filtrer. Dissout dans l'alcool, il cristallise en prismes et en aiguilles à six pans, il se fond à + 30°. Il ne se solidifie ensuite après un temps assez long qu'à une température beaucoup plus basse; à + 21° il entre en ébullition; à + 300° à peu près, il se colore en brun, et il ne se sublime pas.

Analyse 1. 0,437 de matière ont donné 1,042 acide carbonique et 0,279 eau.

Analyse 2. 0,4835 de matière ont donné 1,139 acide carbonique et 0,279 eau.

Sa composition, calculée d'après ces analyses, serait

Carbone.	65,93	65,13
Hydrogène.	6,35	6,41
Oxigène.	27,72	28,46
	100,00	100,00

La formule atomistique qui correspond à ces analyses serait de

			Analyse calculée.	
6	atomes de carbone.	4,5858	Carbone.	65,30
7	d'hydrogène.	0,4361	Hydrogène.	6,21
2	d'oxigène.	2,0000	Oxigène.	28,48
				99,99

Huile de camphre.

Cette huile provient du *laurus camphora*, L. Dans le tronc de cet arbre, à 14 ou 15 pieds au-dessus du sol, on fait une forte entaille, par laquelle s'écoule l'huile qui s'y trouve renfermée. D'après quelques voyageurs, le camphre est d'abord liquide; il ne devient solide par l'action de l'air que quelque temps après. On pourrait concevoir alors que le stéaroptène qui se trouve dans l'éléoptène plus volatile se sépare, tandis que ce dernier se volatilise. L'huile de camphre n'est retirée de la plante récente que dans les Indes orientales; malheureusement nous ne la trouvons décrite que trop imparfaitement, et il n'y a que trop peu de recherches qui aient été faites sur cette huile; si importante pour la formation des camphres, pour qu'on puisse se faire une idée nette sur la formation des derniers.

Camphre commun.

L'existence d'un radical organique qui fait la base du camphre de plusieurs huiles volatiles et de leurs combinaisons, a été indiquée d'abord par M. Dumas, dans une note (*Ann. de Chimie et de Phys.*, tom. 48, pag. 430).

Avant que les recherches de M. Dumas ne fussent connues, les analyses du camphre et de l'acide camphorique, par M. le professeur Liebig, et celles du camphre artificiel de sa base et de l'huile de térébenthine, par le docteur Oppermann, avaient conduit aux formules suivantes :

Camphre.	$6\,(2\,C + 3\,H) + O$
Acide camphorique.	$5\,(2\,C + 3\,H) + 5\,O$
Camphre artificiel.	$6\,(2\,C + 3\,H) + Chl\,H$
Huile du camphre artificiel.	$6\,(2\,C + 3\,H)$
Huile de térébenthine.	$10\,(2\,C + 3\,H) + H^2\,O$

Il suffit pour ainsi dire de l'inspection de ces formules pour présenter à l'esprit l'idée d'un radical organique, composé de 2 C + 3 H; en admettant une légère différence dans la quantité d'hydrogène qui équivaut à peine à une faute d'observation, M. Dumas a développé une formule encore plus simple; qui porte plus d'accord entre la composition du camphre et de l'acide camphorique : il donna le nom de *camphogène* à une combinaison de $C^{10} + H^{16}$. Lorsque M. Dumas publia sa note, il n'avait encore fait aucune analyse; ses résultats n'étaient que des conclusions théoriques, fondés sur les travaux antérieurs, car il y considère encore l'huile de térébenthine comme l'hydrate du camphogène hypothétique, ce qu'il reconnut être inexact plus tard, après qu'il eut analysé lui-même l'huile de térébenthine.

Du reste, excepté l'analyse du camphre, M. Dumas n'a publié aucune expérience par laquelle l'existence du camphogène, comme formant la base de plusieurs huiles volatiles cristallisées ou liquides, pût être mise hors de tout doute; car ses analyses des stéaroptènes d'anis et de menthe poivrée présentent des quantités différentes d'hydrogène pour la composition du camphogène, ce qui nous semble contredire plutôt que confirmer l'existence de ce radical invariable, dans le cas où l'on supposerait que la base de ces stéaroptènes dût être identique avec la base hypothétique du camphre.

C'est ce qui nous a surtout engagé à répéter l'analyse du camphre avec toutes les précautions possibles; pour l'analyser, nous nous sommes servi du camphre commun du commerce, nous avons choisi un morceau très-pur pris dans l'intérieur d'une grande masse.

Anal. 1 0,5775 de mat. ont donné 1,470 acide carb. 0,556 eau.

2 0,4745	1,379	0,452
3 0,432	1,233	0,409

La composition du camphre, calculée d'après ces analyses, est de

	Analyse 1.	Analyse 2.	Analyse 3.
Carbone.	79,95	79,19	78,91
Hydrogène.	10,71	10,58	10,51
Oxigène.	9,34	10,23	10,58
	100,00	100,00	100,00

La formule suivante correspond à ces analyses :

			Analyse calculée.	
10	atomes de carbone.	7,6430	Carbone	79,28
16	d'hydrogène.	0,9968	Hydrogène.	10,34
1	d'oxigène.	1,0000	Oxigène	10,37
				99,99

Ces analyses confirment les résultats obtenus par M. Du-

mas ; mais elles diffèrent de 1 pour cent de carbone des analyses publiées par M. le professeur Liébig. Selon ce dernier, on doit rechercher la cause de cette différence dans l'appareil qu'il a employé alors, pour l'analyse des matières volatiles et très-riches en carbone ; en déterminant ou calculant la proportion du carbone d'après le volume de l'acide carbonique, on commet une erreur qui augmente le poids du carbone, et qui l'augmente d'autant plus, que la quantité de matière est plus petite relativement à la capacité de l'appareil, cette différence cependant n'a point d'influence sur les compositions calculées. C'est par la même raison que l'analyse de l'hydrochlorate de dadyl (camphre artificiel) de Oppermann, et l'analyse de l'acide urique par Kodeveiss, se sont trouvées inexactes ; la cause de cette erreur paraît provenir de ce que le deutoxide poreux de cuivre absorbe et condense de l'air atmosphérique qui, chassé pendant la combustion, augmente le volume du gaz qu'on obtient, et de ce que l'oxide de cuivre qui se refroidit dans le tube étroit n'absorbe cet air ou un volume correspondant d'acide carbonique qu'après un temps assez long.

Considérations générales sur les huiles et le camphre cités plus haut.

En considérant dans l'ensemble les expériences sur les huiles volatiles que nous venons de publier, on pourra admettre que les deux principes, les stéaroptènes et les éléoptènes, se trouvent déjà toutes formées dans la plante vivante, et se trouvent dans des rapports très-différens ; les conifères et les aurantiacées fournissent, comme on sait, les éléoptènes les plus purs ; quelques laurus ne donnent pour ainsi dire que des stéaroptènes : on ne saurait déterminer avec exactitude le rapport qui existe entre le stéaroptène et l'éléoptène dans les huiles volatiles. Dans une quantité pesée, on ne pourrait jamais les isoler de manière à pouvoir dire que les éléoptènes soient parfaitement dépouillés de stéaroptène : on sait que les vapeurs d'alcool ou d'eau bouillante entraînent toute l'huile volatile, quoique les diverses huiles n'entrent en ébullition qu'à une température beaucoup plus élevée que l'eau et l'alcool ; c'est par la même raison qu'on ne parvient pas à séparer les éléoptènes du stéaroptène au moyen de la distillation. Le point de la congélation des huiles volatiles est différent, d'après la nature de chaque huile ; quelques-unes déposent le stéarophène à + 10°, tandis que d'autres demandent pour cela une température de plusieurs degrés au-dessous de zéro. En comparant les analyses de l'huile volatile non altérée avec celle du stéaroptène qu'elle dépose, on verra de suite que la première contient plus d'oxigène que le second ; l'éléoptène devrait donc être d'autant plus riche en oxigène que l'on pourrait l'analyser dans un plus grand état de pureté. Selon Saussure, l'huile de rose contient de l'oxigène, le stéaroptène qu'elle sépare est une combinaison de carbone et d'hydrogène. Le point de fusion des différens stéaroptènes varie de + 7° à 75 : le point d'ébullition est ordinairement au-dessus de 200° ; ils ne se décomposent pas à cette température ; ils ne se dissolvent point dans l'eau, mais avec facilité au contraire dans l'alcool, l'éther, les huiles volatiles et grasses. Comme stéaroptènes bien caractérisés, nous citerons le camphre commun, les stéaroptènes d'anis, de fenouil ; les stéaroptènes de rose, de lavande, de menthe poivrée, et de cubèbe, sont moins bien caractérisés.

Jusqu'à présent on avait donné le nom de camphre à tous les principes cristallins, sans exception, séparés des huiles volatiles ; mais nous croyons devoir appliquer une nomenclature plus précise à ces corps ; nous désignons par le nom de stéaroptène les principes cristallins dont nous avons parlé en dernier lieu, et à ceux qui ne se forment et ne se séparent à l'état cristallin que par l'influence de l'eau sur les huiles volatiles à une température déterminée, nous donnons le nom de l'hydrate des huiles. Pour justifier cette distinction, nous rappellerons le mode de préparation de l'hydrate d'huile volatile de persil et la séparation des hydrates d'asarum et de térébenthine. Différentes opinions ont été émises au sujet de ces corps. Berzélius cite déjà le camphre d'asarum et autres produits organiques analogues comme des principes particuliers sous les noms de *asar*, *helen*, *anemon*, etc. ; il était réservé à l'analyse de procurer des éclaircissemens au sujet de ces corps ; c'est elle qui devait nous faire connaître leur composition, leur formation et leurs propriétés caractéristiques. En comparant les analyses des huiles de térébenthine et d'asarum avec celles desdits camphres de térébenthine et d'asarum, on ne saurait plus douter que ces derniers ne soient les hydrates des huiles.

Quant à leurs propriétés physiques, les hydrates ressemblent beaucoup aux stéaroptènes ; ils se dissolvent et cristallisent dans l'eau ; ils sont solubles dans l'alcool, les huiles volatiles et grasses, mais tous ne cristallisent pas dans ces dissolutions ; leur point de fusion se trouve entre 30° et 150° : leur point d'ébullition s'élève jusqu'au dessus de 280° ; à cette température, ils se décomposent en partie ; leur dissolution alcoolique exposée à la lumière solaire, dépose de l'huile. Outre les hydrates d'asarum, de persil et de térébenthine, nous comptons encore les camphres d'aulne, d'anémone et de citron.

Jusqu'à présent nous n'avons vu que des éléoptènes se convertir en hydrates dans les circonstances indiquées. D'après les expériences de Pfaff, qui en chauffant le camphre commun avec de l'eau dans le diagesteur de Papin, trouva que l'eau en avait dissout une quantité considérable, on pourrait admettre peut-être que les stéaroptènes peuvent aussi se convertir en hydrate.

APPENDICE.

Huile de pétrole et de naphte.

Les différentes analyses qui ont été faites avec l'huile de pétrole sont les suivantes :

Huile de pétrole de d'amiano.

	Poids spécifique.	Carbone.	Hydrogène.	Oxigène.
Saussure.	0,836	88,02	11,98	»

Huile de pétrole Perse.

Thomson.	0,753	82,2	14,2	»
Ure.	»	83,04	12,31	4,65
Herrmann.	0,76	88,5	11,5	»
Dumas.	»	86,7	12,7	»
Blanchet et Sell, n°. 1.	0,749	84,70	14,36	»
Blanchet et Sell, n°. 2.	0,849	87,70	13,00	»

Mémoires de M. le docteur REICHENBACH, *sur les produits de la distillation sèche des corps organiques.*

Picamare.

M. le docteur Reichenbach est parvenu à isoler cette substance qui communique l'amertume aux produits de la distillation empyreumatique des corps organiques.

Pour l'obtenir on soumet à la distillation du goudron de bois de hêtre : on fractionne le produit, et les portions qui ont une pésanteur spécifique de 1,080 à 1,095 sont versées dans huit parties d'une solution de potasse d'une pesanteur spécifique de 1,15, et on opère promptement le mélange que l'on abandonne ensuite à lui-même. Il se forme d'abord à la surface une couche d'eupione impure contenant de la paraffine, puis la liqueur s'éclaircit et se remplit au bout de vingt-quatre heures de cristaux brillans aiguillés ou lamelleux : on décante les eaux-mères qui ont une couleur brune-noire, on exprime les cristaux qui sont alors d'un brun clair, on les fait dissoudre encore plusieurs fois dans une solution bouillante de potasse, jusqu'à ce que les eaux-mères soient incolores, et que les cristaux aient une couleur nankin. Ceux-ci sont alors décomposés par de l'acide phosphorique étendu. La potasse se combine avec l'acide, et il se sépare une huile limpide, brunâtre, que l'on distille deux à trois fois avec de l'eau aiguisée d'une petite quantité d'acide phosphorique, et que l'on distille ensuite avec précaution sans aucune addition. S'il fallait l'obtenir à un état de pureté extrême, on ferait cette dernière opération sous la machine pneumatique, aussi bien pour empêcher l'accès de l'oxigène atmosphérique que pour pouvoir distiller à une moindre chaleur. Ce corps, ainsi obtenu, jouit des propriétés suivantes :

Il est presque incolore, limpide, transparent; il a la consistance d'une huile un peu épaisse, il est gras au toucher, son odeur est faible, particulière, non désagréable, sa saveur est d'une amertume insupportable, brûlante, puis fraîche comme celle de la menthe poivrée : cette fraîcheur persiste long-temps après que l'amertume a disparu. Sa pesanteur spécifique est de 1,10 sous une pression atmosphérique de 0,720^{me}, et à 20° c., il jouit d'un pouvoir réfringent considérable, et disperse d'une manière assez marquée les rayons lumineux, mais il le cède pour ces propriétés à la créosote et au carbure de soufre. C'est le principe amer de tous les produits empyreumatiques : M. Reichenbach lui a donné le nom de picamare (*in pice amarum*).

L'oxigène n'exerce pas d'action bien sensible sur ce corps à la température ordinaire. Lors même qu'on l'expose pendant long-temps à l'air il ne prend qu'une teinte légèrement jaunâtre; mais soumis à l'ébullition à l'air libre, il se colore peu à peu en brun.

Il n'a pas d'action même à la chaleur de l'ébullition sur l'oxide rouge de fer et le peroxide de manganèse; mais il ramène l'oxide rouge de plomb à un moindre degré d'oxidation, et réduit le deutoxide de mercure lorsqu'on le fait bouillir avec ces oxides.

Un courant de chlore gazeux le brunit et l'épaissit, lorsqu'on continue à y faire passer ce gaz jusqu'à ce qu'il ne se forme plus d'acide hydrochlorique, on trouve qu'il s'est produit d'une part de l'humus, et de l'autre une nouvelle substance huileuse qui ne se dissout plus dans la solution de potasse.

Si l'on mélange une partie de brôme avec quatre parties de picamare, ce dernier corps prend aussitôt une couleur rouge-brun foncée. Il y a de plus dégagement de vapeurs de brôme et élévation de température.

Il donne avec l'iode un mélange liquide de consistance épaisse.

Il dissout le phosphore, le soufre et le sélénium.

Il se dissout sans décomposition dans l'acide sulfurique, et ce n'est qu'à une température élevée (150° c.) qu'il se décompose. Cette propriété fournit un moyen de le séparer de toutes les substances empyreumatiques qui ne résistent pas à l'acide sulfurique froid ou légèrement chaud, ainsi que de celles qui n'y sont pas solubles.

L'acide nitrique le décompose et le transforme en une masse d'un rouge-brun sans qu'il se produise d'acide oxalique.

Il se dissout facilement dans l'acide acétique, et cette grande solubilité explique pourquoi l'acide pyroligneux ordinaire contient une assez grande quantité de picamare, ainsi que le prouve son amertume.

Ce corps dissout même à froid l'acide carbazotique cristallisé et l'acide benzoïque; les acides borique, succinique, gallique, oxalique, racomique, tartrique, citrique, margarique, stéarique, oléique, n'y sont solubles qu'à chaud.

L'acide mellitrique cristallisé, les acides molybdique, urique, subérique, ne sont pas attaqués par ce corps même à la chaleur de l'ébullition. L'acide hydrochlorique s'y dissout en petite quantité, à cette même température l'acide hydriodique y est légèrement soluble à froid.

Il forme avec la potasse des combinaisons cristallines, ainsi qu'il a été dit plus haut. Les cristaux sont presque insolubles dans l'alcool, et l'on peut employer une petite quantité de ce véhicule pour les laver : un excès en décomposerait une partie et dissoudrait l'huile. Étendu d'eau, l'alcool dissout à la chaleur de l'ébullition une grande quantité de la combinaison de picamare et de potasse qui s'en sépare par le refroidissement sous forme de cristaux blancs brillans. Si la dissolution est trop saturée, la cristallisation n'a pas lieu et la dissolution reste à froid sous forme d'un liquide épais. Les cristaux entièrement purs sont inaltérables à l'air et brillans; mais, pour peu que leur pureté ne soit pas complète, ils prennent peu à peu une couleur brune ou bleue; s'ils sont très-impurs, ils deviennent presque bleu indigo. Le corps bleu qui se manifeste dans cette coloration sera décrit à part. La solution de la combinaison de picamare et de potasse dans l'eau n'a lieu qu'avec une décomposition partielle; une grande partie de l'huile est alors mise en liberté. L'addition d'une faible solution de potasse éclaircit la liqueur, une solution concentrée du même alcali y reproduit des cristaux. La combinaison de picamare et de potasse cristallise, il est vrai, et n'est pas attaquée par l'acide carbonique de l'air; mais la potasse n'y est pas neutralisée, et cette combinaison brunit aussitôt le papier de curcuma humecté. La soude, la chaux, la baryte et l'ammoniaque forment aussi des combinaisons avec ce corps.

Il est très-peu soluble dans l'eau, 100 parties d'eau n'en dissolvent pas même une partie. Il est un peu plus soluble dans l'eau bouillante, la solution n'a d'action ni sur le tournesol ni sur le curcuma, il peut aussi dissoudre une petite quantité d'eau, 20 parties de picamare mêlées avec une partie d'eau, donnent un liquide trouble qui s'éclaircit complètement lorsqu'on élève la température à 90° c.

Il se dissout en toutes proportions dans l'alcool, l'éther sulfurique, l'éther acétique, l'esprit de bois et la créosote; il ne dissout pas la paraffine, l'asphalte ni le succin. Le camphre artificiel s'y dissout promptement; mais la solution de la naphthaline, de la narcotine, de la strychnine, de la cinchonine, de la piperine, de la brucine ne s'y opère qu'avec lenteur. La picrotoxine et la salicine ne s'y dissolvent que par l'ébullition. L'indigotine s'y dissout auparavant; mais la delphinine, l'anémonine, la vératrine, le tannin, la corthamine, le sucre de canne, y sont insolubles. La stéarine, la cétine, la cire ne s'y dissolvent qu'à l'aide de l'ébullition et s'en précipitent par le refroidissement : il dissout même à froid la cholestérine d'élaïne, les huiles d'olives et d'amandes, le camphre, l'essence de térébenthine, le baume de Copahu, les résines et les matières colorantes résineuses. Le caoutchouc s'y dissout à l'aide de la chaleur et s'en précipite par le refroidissement.

Le corps n'exerce pas d'action particulière à l'extérieur sur l'organisme vivant. Son amertume extraordinaire est toutefois digne d'attention. De quel effet peut être suivie son administration intérieure? c'est une question dont la solution exige d'autres recherches.

Quant à son application dans les arts, nous devons faire remarquer qu'en raison de son peu de volatilité, de son assez grande consistance et de sa faible affinité pour l'oxigène, c'est, après la paraffine, le principe des corps gras retirés du goudron, le plus susceptible d'être employé. Peut être pourra-t-on s'en servir pour graisser les machines de prix, et préserver de la rouille les travaux d'acier qui sont, comme on le sait, enveloppés en Angleterre dans un papier préparé exprès avec de vieux câbles goudronnés.

Pittacalle.

La découverte de ce corps est encore due aux belles recherches de M. le docteur Reichenbach.

Si à une solution de picamare encore impur dans 50 parties d'alcool, ou bien de l'huile de goudron débarrassée de son acide libre par de la potasse liquide, etc., on ajoute quelques gouttes d'eau de baryte, la liqueur prend tout à coup une très-belle couleur bleue qui passe au bleu indigo au bout de cinq minutes. Ce phénomène est dû à la présence d'une nouvelle substance bleue particulière pour la préparation de laquelle M. Reichenbach fera connaître plus tard le procédé le plus convenable.

Ce chimiste a donné à ce nouveau corps le nom de *pittacalle* (de ἡ πιττα, la poix et το καλλον, le beau). Il possède les propriétés suivantes :

Précipité à l'état floconneux de ses dissolutions, ou obtenu par leur évaporation, il se réunit sous forme d'une masse tinctoriale d'un bleu foncé solide et cassante comme l'indigo. Il prend comme celui-ci par le frottement un éclat métallique cuivreux, dont la couleur passe suivant le degré de pureté au jaune d'or et même au jaune laiton le plus pur. L'éclat de l'or est si dominant qu'on ne peut l'obtenir exempt de cet éclat, et que toutes les matières sur lesquelles on étend ce corps, telles que porcelaine, verre, papier et toile, semblent dorées.

Il est inodore et insipide, non volatil; à une température élevée il se charbonne sans répandre d'odeur ammoniacale.

Il ne se dissout pas dans l'eau à proprement parler; mais il y est suspendu dans un état de tenuité tel que la liqueur qui passe à travers le filtre est bleue et limpide; mais au bout de quelques jours la matière colorante se dépose sous forme de flocons d'un violet foncé, et l'eau qui surnage est incolore. Ce corps est sans action sur le tournesol et sur le curcuma. Il est inaltérable par l'air et par la lumière. Il se dissout à froid et sans décomposition dans l'acide sulfurique légèrement étendu, et dans l'acide hydrochlorique l'acide nitrique le décompose. L'acide acétique le dissout en grande quantité; la solution acide est rouge aurore, et elle reprend une très-belle couleur bleue par l'addition d'un excès d'alcalis. Ce corps est, suivant M. Reichenbach, un réactif encore plus sensible que le tournersol à l'action des acides et des alcalis.

Il est insoluble dans les alcalis; ces corps le précipitent de ses dissolutions sous forme de flocons, qui, vus au microscope, ont l'aspect d'aiguilles fines.

L'alcool, l'éther et l'eupione ne le dissolvent pas. Il donne, avec l'acétate de plomb, l'hydrochlorate d'étain, le sulfate de cuivre amoniacal, l'acétate d'alumine, une belle couleur bleue foncée tirant sur le violet; il se fixe très-bien sur la toile et sur le coton, à l'aide de l'acétate d'alumine et de l'hydrochlorate d'étain, et leur communique une couleur bleue solide qui supporte parfaitement le contact de la lumière, de l'eau, du savon, de l'ammoniaque et du vin. La découverte de ce corps fait donc espérer, sous le rapport industriel, des avantages d'une grande importance pour l'Europe qui ne produit pas d'indigo. VALLET.

Sur l'existence de l'amyris balsamifera en Égypte.

Note extraite de l'allemand et communiquée

par M. CHARLES MARTINS.

On trouve dans le *Traité sur le baume de la Mecque*, du médecin arabe Abdallatif, traduit de l'arabe par le docteur Sontheimer, la preuve que l'amyris balsamifera a existé en Egypte.

Ce traité, écrit par un médecin de Bagdad à la fin du sixième siècle de l'ère mahométane, est extrait d'un compendium sur les productions remarquables de l'Egypte. L'arbrisseau, dit l'auteur, qui fournit le baume de la Mecque (*et qui est connu sous le nom d'Amyris opobalsamum*), croissait autrefois en Égypte, maintenant on n'en trouve plus qu'un seul champ de 14 arpens entourés d'un mur, près d'Ainschem. L'arbuste s'élève à trois ou quatre pieds

environ ; lorsque l'on mâche l'écorce, on sent un goût et une odeur agréables dans l'intérieur de la bouche. On rassemble le baume en faisant des incisions à la tige avec des cailloux tranchans, de manière à enlever l'écorce superficielle et à fendre seulement la plus interne. Lorsque l'écoulement commence à se faire, on recueillie les larmes avec le doigt, et on les rassemble dans une corne creuse, dont le contenu est ensuite versé dans un vase de terre. L'abondance de la récolte est en raison de celle de l'humidité contenue dans l'air. La quantité obtenue dans l'année 596 fut de 40 livres environ. Après la récolte, on enterre les flacons pleins de baume, l'année suivante on les expose au soleil, et on décante l'huile qui s'est amassée à la surface; cette huile constitue environ un dixième de la quantité de baume recueillie. Il résulte de ce passage, que le baume de la Mecque se trouvait autrefois en Égypte ; ce fait est confirmé par l'historien arabe Makris y et par Mandevillé qui visita l'Égypte en 1335, et décrivit minutieusement les Amyris qu'il avait observés dans le voisinage du Caire; le dernier pied a été détruit, suivant Niebuhr, par une inondation du Nil en 1615. (*Annales de Hecker, nov.* 1833.)

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL

De la séance de la Société de Pharmacie, 6 mai 1834.

PRÉSIDENCE DE M. CHIREAU.

La correspondance imprimée et manuscrite comprend : deux numéros des mémoires de la société industrielle de Mulhausen ; plusieurs numéros d'un nouveau journal intitulé, l'Écho du monde savant ; la Gazette eclectique de Vérone ; le Journal de Pharmacie ; un mémoire de M. Malaguti sur divers composés de tungstène.

M. Robiquet lit une lettre de M. W. Grégory, d'Edinbourg, sur plusieurs combustions très-remarquables, auxquelles donnent lieu un grand nombre de corps chauffés dans une atmosphère de gaz oléfiant, et un particulier sur le perchlorure de chrôme.

La lettre de M. Grégory est renvoyée au Bulletin.

M. Vée lit, au nom de M. Baget et au sien, un rapport non favorable sur le sparadrapier soumis par M. Charlot au jugement de la Société.

M. Guibourt dépose sur le bureau un grand nombre d'échantillons de produits naturels rapportés de Guatimala par M. Bazire, négociant français, établi dans ce pays.

M. Guibourt est prié par la Société de publier dans le Bulletin les observations qu'il a faites sur ces médicamens.

M. Bazire, présent à la séance, est invité par M. le président à signer la feuille de présence. A la demande de M. Bussy et de plusieurs autres membres, il communique quelques renseignemens curieux sur les cochenilles et en particulier sur la cochenille noire.

M. Blondeau appelle l'attention de la Société sur le fait suivant : ayant préparé de l'oxide d'antimoine par le procédé du Codex, qui consiste à projeter par portions dans un creuset rougi au feu, un mélange de parties égale de nitre et d'antimoine, l'opération a suivi une marche régulière ; mais qu'ayant fait une nouvelle dose d'oxide par la méthode décrite dans la Pharmacopée de MM. Henry et Guibourt, d'après laquelle la proportion de nitre est augmentée et le mélange est chauffé tout à la fois dans un creuset au lieu d'y être projeté par parties, il a obtenu un culot d'antimoine.

M. Soubeiran dit qu'il a vu plusieurs fois cette séparation d'antimoine métallique s'effectuer, même en suivant le procédé du Codex, et qu'elle lui paraît être expliquée par l'observation déjà anciennement faite, qu'à une haute température la combinaison d'oxide d'antimoniate et de potasse en antimoine et en antimoine métallique.

M. Robiquet pense au contraire que la séparation d'antimoine provient de ce qu'une partie d'antimoine entre en fusion, et échappe à l'action du nitre en raison de sa pesanteur spécifique qui lui fait gagner le fond du creuset. Il croit que la proportion de parties égales de nitre est trop faible pour attaquer complétement l'antimoine, et qu'il a toujours soin de l'augmenter. Il reconnaît d'ailleurs que d'autres circonstances, comme la conduite du feu ou son degré d'intensité et plusieurs autres causes, peuvent avoir une influence marquée sur les résultats.

M. Soubeiran ajoute que, dans la méthode de MM. Henry et Guibourt, il croit possible et même très-probable qu'une partie d'antimoine se sépare par le seul effet de sa densité, ce qui doit arriver plus difficilement quand on projette peu à peu le mélange des deux matières, mais il ne saurait partager l'opinion de M. Robiquet sur l'augmentation de la quantité de nitre. Il rappelle que d'après les expériences faites anciennement sur le même sujet par M. Berzélius, la nature de l'oxide d'antimoine change avec la quantité de nitre dont on s'est servi, que l'oxide blanc d'antimoine par le procédé du Codex n'est guère qu'un composé de protoxide d'antimoine et de potasse ; tandis que si le nitre est en plus forte proportion, il se fait de l'antimonite et de l'antimoniate de potasse. Il fait observer que l'oxide d'antimoine préparé par les pharmaciens, suivant le procédé du Codex, est un médicament différent de celui que l'on obtiendrait en forçant la dose de nitre et qu'en conséquence il faut s'en tenir à la formule légale.

M. Robinet fait remarquer que si le procédé du Codex peut donner un médicament variable dans sa composition, il vaut mieux alors recourir à la méthode qui le donne constamment le même, et que d'ailleurs rien ne prouve que le produit en serait moins efficace.

M. Soubeiran répond que des expériences nombreuses ont été faites à ce sujet, et qu'elles ne sont nullement en harmonie avec la manière de voir de M. Robinet. Il dit qu'il a préparé séparément pour M. Trousseau, chargé d'un service de médecine à l'Hôtel-Dieu, tous les composés que l'on peut supposer exister dans l'antimoine diaphorétique quelque variation que l'on puisse introduire dans l'opération ; savoir, l'oxide d'antimoine sec et hydraté, les acides antimonique et antimonieux anhydres et hidratés, les combinaisons solubles et insolubles de l'oxide et des acides d'antimoine avec la potasse, et qu'après bien des essais, M. Trousseau a donné la préférence à l'antimoine diaphorétique lavé du Codex ; que quant aux reproches que l'on peut faire à cette dernière préparation à cause des variations qu'ele peut éprouver

dans sa composition, il fait remarquer que ce médicament s'emploie à des doses trop fortes pour que la présence d'une quantité un peu plus grande ou un peu moins grande d'antimonite ou d'antimoniate puisse avoir une influence marquée sur les résultats, et que d'ailleurs en suivant exactement toujours la même méthode, telle qu'elle est décrite dans le Codex, il ne voit pas de raison pour que la nature du produit varie beaucoup. Sur la proposition faite par quelques membres de rédiger une notice à ce sujet, M. Soubeiran fait observer que cette manière lui paraît avoir été assez étudiée, qu'il y a peu de temps, il a résumé tout ce qui a été fait à ce sujet, dans l'article antimoine, dans le nouveau Dictionnaire de médecine, et que là aussi se trouve l'examen médical des préparations d'antimoine fait par M. Trousseau. Il pense alors qu'une nouvelle notice serait sans objet. Cette opinion est partagée par la Société.

JOURNAL
DE CHIMIE MÉDICALE,
DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE.

JUIN 1834.

HISTOIRE NATURELLE

DANS SES RAPPORTS AVEC LA CHIMIE.

Sur la chromule verte des végétaux, et sur la coloration en rouge.

Syn. *chromule viridine*, De Candolle; *chloronite*, Desvaux; *chlorophylle*, Pelletier et Caventou; *matière verte* des chimistes; *globuline* et *globulius*, Turpin; *phylochrôme*, Macaire; par M. Rouchas, pharmacien de première classe de la marine, etc.

Nous savons que le tissu membraneux des plantes est par lui-même complétement incolore ou d'un blanc jaunâtre, et que les matières renfermées dans les cellules sont, à de légères exceptions près, de la même teinte : d'ailleurs, si quelqu'un en doutait, l'étiolement des plantes et les premiers progrès de la germination pourraient au besoin leur confirmer cette manière de voir.

Nous savons aussi que tout cela change dès que les matières sont exposées à l'action de la lumière solaire, et que, dans ce cas, toutes les parties susceptibles de verdir décomposent le gaz acide carbonique de la sève et de l'air, exhalent le gaz oxigène, et fixent le carbone dans le propre tissu. On ne peut donc s'empêcher de reconnaître que cette décomposition est liée avec la formation de la couleur verte, d'autant plus que, lorsqu'elle a lieu, l'organe verdit; lorsqu'elle n'a pas lieu, l'organe, qui se développe à l'obscurité totale, reste d'un blanc argenté ou jaunâtre, couleur qui, ainsi que nous l'avons dit, paraît être celle primitive du tissu. Le dépôt du carbone n'agit point ici sur les membranes mêmes du végétal : celles-ci sont toujours blanches ou jaunâtres; la couleur verte ne réside que dans cette matière qui remplit les cellules arrondies; elle n'appartient qu'aux petits grains de globuline placés dans les parois des cellules, et que M. Dutrochet considère comme des corpuscules nerveux. Les organes des végétaux vasculaires, dont la chromule est susceptible de verdir par l'action de la lumière solaire, en s'appropriant le carbone au profit du développement du végétal, sont les feuilles, ou mieux, la partie de ces organes nommée mésophylle, l'enveloppe herbacée ou médulle externe, la plupart des bractées et des calices, et quelquefois les ovaires et les fruits.

Enfin, nous savons également que, sous l'influence des rayons solaires, souvent la chromule verte prend une couleur rouge plus ou moins foncée, et quelquefois violette.

Quels sont les changemens que les plantes éprouvent lorsqu'elles revêtent ces diverses couleurs? Se forme-t-il de nouvelles matières? Bien que le changement de couleur qu'éprouve la chromule ait fixé l'attention d'une foule de savans, nous devons avouer toutefois que nous n'avons encore, pour l'expliquer, que des hypothèses plus ou moins vraisemblables. Nous allons résumer ce qui a déjà été dit sur ce sujet, et nous proposerons à notre tour une nouvelle hypothèse.

On a abandonné depuis long-temps l'idée proposée par de La Folie (*Journ. phys.*, 4), que les couleurs des plantes tiennent en général à des principes ferrugineux.

Quant à la chromule verte, Mustel explique son développement d'après les notions de l'ancienne chimie Senebier, en disant que le carbone n'est pas, à proprement parler, noir, mais d'un bleu très-foncé. M. Chevreul admet aussi que le carbone, très-divisé dans l'eau, et vu par transmission, paraît bleu : de là plusieurs savans ont dit que le vert de la chromule était déterminé par le mélange intime du bleu du carbone avec le jaune du tissu; cependant cette explication, en grande partie mécanique, ne satisfait pas tous les esprits; car le carbone n'est pas lié à l'état de mélange, mais bien à l'état de combinaison; et c'est un fait connu, que les composés chimiques revêtent des couleurs souvent très-indépendantes de leurs composans, et qu'ainsi le vert de la chromule résulterait de la combinaison du carbone, sans qu'on puisse donner encore une raison directe.

Quant à la métamorphose de la chromule verte en chromule rouge, on l'a expliquée de diverses manières. M. Lemaire Lisancourt (*Bull. philom.*, 1824) pense que le rouge est dû à quelque développement d'acide. MM. Schubler et Funk (en 1825) remarquent que les couleurs rouges sont plus fréquentes dans les feuilles qui contiennent quelque acide, telles que celles de vignes, de poiriers, etc. M. Guibourt (*Journal pharm.* 1827) pense que le changement

de couleur de vert en jaune, ou en rouge, est dû à un principe qui remplace la chromule verte. M. Derheims (*Journal chim. méd.* 1827), qui a publié un mémoire sur la coloration des feuilles et sur les changemens que cette coloration éprouve à diverses époques de la végétation, croit pouvoir conclure de ses expériences que, 1° la couleur rouge que l'on observe dans certaines feuilles, immédiatement après la préfoliation, est due à la disposition moléculaire de la matière verte; 2° la coloration permanente en rouge ou en violet de certaines feuilles est due à une matière colorante particulière, existante dans le végétal à toutes les époques de la végétation, et constamment visible; 3° la coloration en rouge que prennent certaines feuilles à une époque avancée de la végétation, est due à la transformation de la chlorophylle en une matière rouge particulière. M. Macaire Princeps (*Annal. chim. et phys.*), qui a étudié la matière colorante des feuilles aux différentes époques où celles-ci sont vertes, jaunes ou rouges, pense que ces trois couleurs sont des modifications de la même matière colorante. Ce savant a observé que peu avant l'époque du changement de la chromule verte en jaune ou rouge, la feuille cesse d'exhaler du gaz oxigène au soleil, sans cesser d'en absorber pendant la nuit : d'où M. Macaire pense que la chromule verte est due à l'oxigène, et que cette oxigénation peut, à un premier degré, détruire la couleur jaune, et à un haut degré la couleur rouge. C'est donc à la fixation de l'oxigène et à une sorte d'acidification de la chromule verte qu'est dû ce changement de couleur. M. Raspail (*Nouveau système de chimie organique*, 1833) nous dit qu'il a toujours été frappé de l'analogie qui existe entre les phénomènes de coloration dus à l'absorption de l'oxigène que présente le caméléon minéral, et ceux de la matière colorante des végétaux. Or, la présence du manganèse a été démontrée dans presque tous les tissus coloriés : la potasse s'y rencontre en plus grande abondance peut-être. D'autre part, il est reconnu par l'expérience que partout où il existe de la substance verte, il y a absorption d'oxigène. Serait-il trop hardi, dit Raspail, de signaler cette analogie, comme pouvant amener un jour à un résultat plus précis? Le fer, qui se rencontre en plus grandes proportions que le manganèse dans les tissus, ne pourrait-il pas tenir la place du manganèse dans les productions de ces phénomènes de coloration? Il appelle ces matières colorantes des caméléons végétaux. M. Quénot (*Journal des sciences phys. chim.*, août 1833) conclut de plusieurs observations qu'il a faites, que parmi les tiges susceptibles de se colorer en rouge ou violet, telles que celles du *conicera caprifolium*, par exemple, celles qui végètent avec plus de force, se colorent plus promptement que les tiges faibles et d'une végétation paresseuse. Or, un des effets de la lumière solaire sur les végétaux étant de décomposer le gaz acide carbonique, d'exposer l'oxigène et de fixer le carbone, on peut donc attribuer, dit M. Quenot, ce passage du vert au brun violet à la fixation d'un plus ou moins grand excès de carbone fourni par l'abondance des sucs nourriciers. Enfin, si l'on examine à la loupe cette carbonisation, qu'on peut facilement enlever avec une lame d'épiderme, on y remarquera l'aspect brillant d'un charbon végétal.

A présent que nous avons exposé sommairement tout ce qui a été dit pour expliquer les divers phénomènes de coloration de la chromule, essayons de proposer sur ce sujet une hypothèse moins hypothétique que la plupart de celles que nous connaissons. Les faits qui m'ont servi de base pour établir cette hypothèse sont, savoir :

1° On a remarqué que le développement de la couleur verte se trouve accéléré quand l'air contient un mélange de gaz hydrogène. Ingenhouz a trouvé que le vert devient beaucoup plus foncé dans un air mêlé d'hydrogène; et Sennebier a fait voir que, sous l'influence d'un pareil mélange, les plantes prennent, même dans l'obscurité, une teinte verdâtre. M. de Humboldt a trouvé que, dans un air contenant de l'hydrogène, plusieurs espèces tirées des genres *poa* et *plantago*, etc., prennent une couleur verte dans l'obscurité non interrompue des mines.

2° M. Berthollet admet que les feuilles des plantes ont la propriété de décomposer l'eau aussi bien que l'acide carbonique, lorsqu'elles sont exposées au soleil. L'oxigène dégagé est fourni en partie, selon Berthollet, par l'acide carbonique décomposé, et en partie par l'eau, tandis que le carbone et l'hydrogène entrent dans la composition des parties inflammables de la plante. Saussure, Thomson, etc. partagent cette opinion. Au reste, l'air n'entre pas intégralement avec le carbone dans les combinaisons binaires; car dans le plus petit nombre des matières végétales, l'hydrogène et l'oxigène se trouvent dans la proportion de l'eau; presque toutes contiennent un excès d'hydrogène, et il en est très-peu dans lesquelles la proportion de l'oxigène soit prépondérante sur celle de l'hydrogène. Hassenfratz et Sennebier ont observé que les plantes qui vivent dans l'obscurité fournissent moins d'hydrogène et moins d'huile.

3° Gough a essayé de prouver que la couleur verte ne saurait paraître sans le concours de l'oxigène. Les expériences des physiologistes et des chimistes ont constaté l'absorption d'une petite quantité d'oxigène par les plantes. Nous savons aussi que les plantes deviennent également vertes quand on les expose à la lumière sous l'eau contenant de l'air atmosphérique. Dans les phénomènes de décomposition que produit la matière verte aux dépens de l'acide carbonique, on a lieu de présumer que le carbone n'est pas seul absorbé par les plantes, mais que celles-ci s'emparent d'une combinaison de carbone et d'oxigène, sans laquelle ce dernier se trouve en proportion beaucoup moindre que dans le gaz acide carbonique. M. de Saussure, d'après ses essais, estime que le carbone absorbé est combiné à deux tiers de la quantité d'oxigène qui entre dans l'acide carbonique.

4° Nous savons que MM. Dumas et Boullay fils ont reconnu que le gaz hydrogène carboné possède le caractère alcalin; que ce gaz a exactement la même capacité de saturation que l'ammoniaque, et qu'il détruit facilement le caractère acide dans les corps qui en sont pourvus.

5° Runge a trouvé dans beaucoup de familles végétales, telles que les cynarocéphales, les eupatoriées, les chicoracées, les caprifoliées, les valérianées, les plantaginées, etc., un acide particulier, solide, d'un jaune pâle, rougissant l'infusion de tournesol, et ne s'altérant pas à l'air (1). Cet

(1) La présence de l'acide verdeux dans un si grand nom-

acide, saturé par un alcali, par exemple, l'ammoniaque, et exposé à l'air, absorbe de l'oxigène, et verdit peu-à-peu, les acides le précipitent alors sous forme d'une poudre d'un rouge plus ou moins foncé qui consiste en acide verdique. Celui-ci se redissout en vert dans les alcalis : les verdites sont jaunes ; les verdates, au contraire, sont verts.

6° La couleur fondamentale du tissu végétal est d'un blanc jaunâtre.

7° Rouelle a fait voir que la matière colorante verte des plantes est d'une nature résineuse. D'autres chimistes la regardent comme une cire colorée en vert. Pelletier, dans ses derniers travaux sur la chlorophylle, a reconnu que ce corps est un mélange de cire et d'huile.

C'est en réfléchissant sur les divers faits dont je viens de faire mention, que je suis parvenu à établir l'hypothèse suivante, pour expliquer le changement de couleur de la chromule. Cette hypothèse consiste à admettre que, durant la germination, à mesure qu'il se dégage de l'acide carbonique, il se forme non-seulement une substance sucrée, une liqueur émulsive, de l'acide acétique, ainsi que l'ont prouvé tout récemment MM. Edwards et Becquerel, mais encore de l'acide verdeux de M. Runge. Bientôt la lumière agissant sur la plumule, le gaz acide carbonique et l'eau se décomposent, l'oxigène du gaz acide et de l'eau est rejeté, et le carbone se combine en partie avec l'hydrogène de l'eau, pour donner naissance à de l'hydrogène carboné qui sature aussitôt l'acide verdeux, tandis que l'autre partie du carbone entre en combinaison, ou s'assimile pour concourir à la formation des divers organes. Mais nous savons que le verdite saturé et incolore, exposé à l'air, absorbe de l'oxigène, et verdit en se changeant en verdate. Or, nous expliquerons facilement cette particularité, en nous rappelant que Gough a prouvé que la couleur verte ne saurait paraître sans le concours de l'oxigène, et qu'il y a toujours absorption d'oxigène durant la végétation : d'ailleurs, l'oxigène de l'eau décomposée pourrait également agir en pareil cas. La composition chimique de la chromule milite aussi en faveur de l'existence d'un verdate d'hydrogène carboné, en nous prouvant que cette chromule est très-riche en hydrogène et en carbone. En effet, que la chromule soit une résine, une huile ou une cire, elle n'en est pas moins un composé très-hydrogéné et très-carboné. D'ailleurs, nous savons que toutes les substances végétales sont soumises dans leur composition à des lois générales ; et quand une substance végétale, par exemple, contient beaucoup d'hydrogène, elle contient en même temps beaucoup de carbone, et réciproquement.

Quant à la métamorphose de la chromule verte en chromule rouge, je partage l'opinion des savans qui admettent qu'elle est due à la formation d'un acide. Les expériences toutes récentes de M. Becquerel, qui constatent que les feuilles développent de l'acide acétique, viennent à l'appui de cette assertion. J'admets ici que l'acide formé se combine avec l'hydrogène carboné, base du verdate, et que l'acide verdique, ainsi déplacé, se présente alors avec sa couleur naturelle, c'est-à-dire coloré en rouge plus ou moins foncé.

La lumière, la chaleur et l'électricité sont les moyens que la nature emploie pour opérer les décompositions et combinaisons dont nous venons de parler : tous trois possèdent une propriété qui leur est commune, celle d'agir comme excitant ou stimulant. Le professeur Morren (*Gazette médicale*, juillet 1832) a fait quelques essais qui tendent à prouver que la lumière agit par sa clarté dans la coloration progressive des végétaux. Tout cela nous dit seulement que ces corps impondérables agissent ; mais il ne nous dit pas comment. Les auteurs de l'*Encyclopédie portative* l'expliquent, en supposant que, dans l'absence de la chaleur et de la lumière la plante est plongée dans l'inertie, et qu'elle attend l'impulsion d'un agent extérieur : c'est la chaleur ou la lumière. Ce fluide éthéré propage son ébranlement de proche en proche dans tous les sens ; bientôt il rencontre des molécules vertes du végétal ; il les ébranle, les met en mouvement, leur communique ses vibrations : aussitôt apparaît la puissance végétale, c'est-à dire l'irritabilité et la contractilité des organes.

L'électricité n'est pas étrangère aux phénomènes de coloration des végétaux ; car on a assuré que les plantes électrisées acquièrent un vert plus intense ; ce qui supposerait que cette action favorise la décomposition du gaz carbonique. Berthollet et Vassali assurent formellement cet accroissement de verdeur dû à l'électrisation ; quant à la source de l'électricité, M. Pouillet (*Elémens de phys.*, 1830) nous dit que tous les changemens chimiques, et notamment la décomposition de l'acide carbonique et l'évaporation dans les plantes, opèrent un développement d'électricité. M. du Petit-Thouars a prétendu que toute la végétation se réduisait, pour ainsi dire, à l'action de deux piles voltaïques : l'une agissant dans le sens vertical, et l'autre dans le sens horizontal, en suivant les rayons médullaires. M. Dutrochet conclut de ses observations sur la matière colorante des feuilles et des fleurs, que les pétales, comme les feuilles, offrent la superposition de deux matières douées d'une électricité opposée : ce sont donc de véritables piles galvaniques, ou plutôt chaque feuille, chaque pétale, est un élément de pile dont il représente un des couples qui tend à se diriger vers la lumière. L'élément positif, au contraire, a besoin d'être soustrait à l'influence lumineuse ; car la feuille ne manque pas de mourir, si on la maintient de force dans une situation telle que la face inférieure soit dirigée vers la lumière. On sait dit M. Dutrochet, que, sous l'influence de la lumière, la matière verte dégage de l'oxigène : la face supérieure de la feuille, ou son pôle négatif, qui est en rapport avec la matière, est donc désoxidante. La face inférieure de la feuille, ou son pôle positif, qui possède spécialement les cavités aérifères, est par cela même disposée pour absorber l'oxigène de l'air que contiennent ces cavités ; et comme le pôle positif d'une pile est son pôle oxidant, il en résulte que la face inférieure de la feuille est oxidante. Ainsi, le jeu de l'oxidation et de la désoxidation est opéré par

---

bre de familles nous porte à croire que cet acide existe dans tous les végétaux, et si par le procédé d'extraction proposé par M. Runge, on ne parvient à l'isoler de toutes les plantes, la cause en est due, sans doute, à l'existence de quelques corps hétérogènes qui rendent ce procédé impuissant et impraticable.

les deux pôles opposés d'une pile voltaïque organique, et avec l'influence de la lumière.

Il ne faut pourtant pas conclure de ce que nous venons de dire que toutes les plantes, soumises également à l'action combinée de la lumière, de la chaleur et de l'électricité, doivent présenter les mêmes phénomènes de coloration. Ce serait une très-grande erreur que d'embrasser une pareille opinion; car chaque plante a, sous ce rapport, une susceptibilité qui lui est propre, et a besoin, pour verdir, par exemple, de doses de lumières fort inégales. C'est ainsi que la faible lumière qui verdit certaines algues, plantes où nous rencontrons les cas extrêmes de cette susceptibilité de verdir, serait insuffisante pour colorer de la même manière une autre plante quelconque. Il en est de même du passage de la couleur verte de la chromule à la couleur rouge. J. F.

NOTE.

Sur la fermentation alcoolique des pruneaux secs que le pyralis pomana, *ver qui pique les fruits sucrés, avait réduits en un état spongieux; par* M. DIZÉ, membre de l'Académie royale de médecine.

Un amas de plusieurs milliers de pruneaux desséchés, provenant des réquisitions dans le temps de la république, furent accumulés sur le sol des greniers de l'École-Militaire de Paris, pour le service des hôpitaux militaires des armées.

Les réquisitions de ce fruit ayant dépassé les besoins de ce service, et malgré tous les soins apportés à sa conservation, le *pyralis pomana* attaqua les pruneaux, et y trouva le vivre et le couvert jusqu'à l'extinction totale de la matière nutritive propre à leur alimentation. Le dégât fut prompt et en raison de la masse considérable des assaillans. Lorsque la matière nutritive vint à manquer, les vers délogèrent de l'intérieur du fruit, se portèrent à la surface en si grande quantité, que le spectateur placé à une certaine distance aurait cru la voir recouverte d'un corps blanc ondulant, par l'agitation des vers que la disette mettait en mouvement d'exaspération, dont le terme fut leur destruction totale.

L'examen des pruneaux les présenta criblés de trous, spongieux, friables, mais d'un sucré plus franc au goût que dans leur état naturel; l'eau froide leur enlevait une couleur fauve très-peu foncée; enfin, les pruneaux avaient changé de nature, et devaient être rejetés du service alimentaire.

La circonstance révolutionnaire du moment, où la moindre action était observée, les bienfaits dénoncés comme crimes d'incivisme, rendait difficile la soustraction d'une perte aussi considérable de pruneaux à la vigilance des dénonciateurs.

On proposa de les jeter dans la Seine nuitamment et par portions; mais comment les empêcher de surnager et d'être ostensibles? Les *pyralis pomana* les avaient réduits en un état spongieux si délié, que l'air, en les pénétrant, les rendait équipondérables à l'eau; leur quantité en était trop considérable pour pouvoir les enfouir dans la terre, ou les livrer secrètement à la combustion.

Chargé alors de la direction de la pharmacie centrale des armées, à laquelle était jointe, pour le moment, quelques parties d'approvisionnemens alimentaires des hôpitaux militaires, et dont les pruneaux en question faisaient partie, je partageai vivement la sollicitude de l'administration de la guerre: j'y mis un terme, en proposant de livrer les pruneaux à la fermentation alcoolique, et d'en destiner le produit pour le service de la pharmacie centrale de la guerre. Ma proposition fut adoptée par le ministre, et les fonds délivrés pour établir un équipage convenable à cette exploitation et à la célérité qu'elle exigeait. Les résultats répondirent à mon espoir: j'obtins plusieurs tonneaux d'alcool à 33 degrés, dont le léger goût de noyau qu'il avait contracté ne nuisit point aux préparations pharmaceutiques auxquelles il fut employé.

La soustraction de la partie nutritive, dont le *pyralis pomana* avait fait sa part, fut un commencement d'analyse qui mit à nu le corps sucré après l'avoir dégagé d'une quantité de matière abondante et inutile à la fermentation, et la réduisit au plus petit volume à l'avantage de la manutention.

C'est par cette opération que cette quantité de pruneaux fut utilisée. Néanmoins, et quoiqu'elle eût ajouté un fait de plus au système économique, rendu un service à la chose publique, et sauvé peut-être la vie à quelques individus, qu'on n'aurait pas manqué de dénoncer et d'accuser d'avoir méchamment laissé gâter cette masse de pruneaux, pour en priver le service de nos frères d'armes, je n'en fus pas moins désigné comme ayant conseillé une opération extravagante et ruineuse. Mais dans cette critique, on se gardait bien de faire connaître que j'avais opéré sur des pruneaux gâtés: on insinuait, au contraire, qu'en détournant du service ces pruneaux en bon état, mon but avait été de faire un essai spéculatif de fermentation alcoolique.

Mais avoir fait connaître, par l'expérience, que des pruneaux peuvent être encore profitables après avoir servi de nourriture au *pyralis pomana*, et démontré que cet insecte ne touche point au corps sucré, dont on peut fabriquer de l'alcool, était dans la circonstance, un acte de civisme, et en même temps un fait de plus mis au jour, très-essentiel pour sauver d'une perte totale des pruneaux gâtés par les vers, dans les années favorables à leur production.

M. Lodibert, pharmacien en chef de l'hôpital militaire au Gros-Caillou, et membre de l'Académie royale de médecine, m'a assuré avoir eu l'occasion de livrer à la fermentation alcoolique une partie des pruneaux mis hors de service par le même accident, dans les magasins d'approvisionnemens de l'hôpital militaire à Strasbourg.

Il reste donc bien démontré que le *pyralis pomana*, lorsqu'il attaque les fruits sucrés, notamment les pruneaux, n'en sépare que mécaniquement la partie nutritive du corps sucré qui est abandonné dans le fruit.

Cette espèce d'analyse mécanique, si régulièrement et si dextrement opérée par cette classe de ver, s'observe aussi dans les racines de quelques plantes résineuses, telles que la rhubarbe, la gentiane, la squine, etc. Ces racines piquées

se trouvent privées de la partie extractive qui a servi de nourriture au ver, et elles se trouvent par conséquent plus riches en substance résineuse.

ANALYSE

Du Galipæa officinalis. *Extrait de la thèse inaugurale du M. J. Husband, de Philadelphie;* Par G. THÉVET.

L'auteur commença par traiter une décoction d'écorce de *galipæa* par le sous-acétate de plomb, jusqu'à ce qu'il ne se formât plus de précipité. Après avoir séparé par la filtration le précipité formé, il fit passer un courant d'hydrogène sulfuré pour s'emparer de l'excès de plomb. La liqueur filtrée fut ensuite chauffée, après y avoir ajouté du charbon animal purifié, puis filtrée de nouveau et évaporée en consistance d'extrait, pour chasser l'acide acétique. Cet extrait fut traité par l'alcool à 0,815, et la solution alcoolique, fortement colorée, soumise à l'évaporation. Le produit de cette évaporation, repris par l'eau distillée, fut de nouveau traité par le charbon animal, chauffé, filtré et évaporé à siccité. On obtint une substance particulière, incristallisable, d'un brun rougeâtre, légèrement déliquescente lorsqu'elle est exposée à une atmosphère humide.

M. Husband fit bouillir dans de l'eau avec de la chaux vive une autre portion d'écorce de *galipæa;* la liqueur filtrée fut traitée par le sulfate de zinc, jusqu'à ce qu'il ne se formât plus de précipité. Après avoir filtré de nouveau, la liqueur fut évaporée à consistance d'extrait, et cet extait traité par l'alcool à 0,815, jusqu'à ce que ce menstrue cessât d'avoir de l'amertume, puis mis à évaporer. Le produit de l'évaporation fut repris par l'eau distillée, et trarité à chaud par le charbon animal; la liqueur filtrée de nouveau et soumise à l'évaporation, donna un produit semblable à celui obtenu précédemment.

Ce produit a pour caractère principal un degé d'amertume considérable; et une odeur particulière qui se rapproche un peu de l'odeur animalisée de l'écorce qui le fournit. Il se dissout très-bien dans l'eau et dans l'alcool, et nullement dans l'éther. Sa solution n'est troublée ni par le sulfate de fer, le tartrate de potasse et d'antimoine, le sulfate de cuivre, l'acétate et le sous-acétate de plomb, le deuto-chlorure de mercure, ni par l'infusion de noix de galle. Il ne jouit pas de la propriété de neutraliser les acides.

Les acides nitrique et hydrochlorique concentrés le dissolvent, et la solution colorée en rouge conserve son amertume. L'acide sulfurique concentré le dissout également; mais la solution prend une teinte violette très-foncée. Si on y ajoute de l'eau, elle devient rouge et laisse déposer une matière insoluble dans l'alcool et dans l'eau. L'acide sulfurique étendu le dissout sans y apporter aucun changement. La ressemblance de cette substance avec la salicine est, sous plusieurs rapports, si frappante, qu'on pourrait la classer avec cette dernière comme étant de la même nature, sinon d'une composition identique.

1° On se procure cette substance par les mêmes procédés.

2° Toutes les deux sont solubles dans l'eau et dans l'alcool, et insolubles dans l'éther.

3° Les solutions d'acétate et de sous-acétate de plomb, de sulfate d'alumine et de potasse, de tartrate de potasse et d'antimoine, et l'infusion de noix de galle ne les précipitent ni l'une ni l'autre.

4° Les acides minéraux agissent sur elles de la même manière.

5° La salicine n'existe pas à l'état cristallisable, même dans toutes les différentes espèces de saule. M. Peschier, de Genève, dit que le *salix hastata* et le *precox* la fournissent incristallisable.

M. Husband termine sa thèse en donnant le résultat de son analyse. Selon lui l'écorce du galipæa est composée :

1° de gomme,
2° d'une principe amer,
3° de résine,
4° d'huile volatile,
5° d'une matière colorante,
6° de ligneux,
7° de magnésie,
8° de chaux.

La matière gommeuse obtenue diffère de la gomme pure en ce que l'infusion de noix de galle la précipite de sa solution dans l'eau, ainsi que la plupart des sels métalliques, et que l'alcool ne la précipite que légèrement.

Les effets toniques de cette écorce sont dus, sans aucun doute, au principe amer qu'elle contient, et ses effets diurétiques et diaphorétiques à l'huile volatile. (*Journal of the Philadelphie Cool. of pharmacy. Oct.* 1833.)

NOTE

Sur la codéine employée à l'extérieur et à l'intérieur, par M. BARBIER.

M. Barbier, d'Amiens, s'est surtout proposé de comparer les effets de la codéine avec ceux de la morphine et des sels de morphine. Quatre plaies récentes de vésicatoires servirent à des applications endermiques. Il mit quatre grains de codéine sur la première, deux grains de morphine pure sur la seconde, deux grains d'acétate de morphine sur la troisième, deux grains de muriate de morphine sur la quatrième. L'individu qui avait reçu la codéine éprouva sur le lieu de l'application quelques picotemens qui cessèrent bientôt; mais il ne ressentit aucun autre effet : aucun phénomène ne se manifesta du côté de la tête. Le second se plaignit de vertiges, de bourdonnement d'oreilles, d'accablement, de nausées, de somnolence. L'absorption de la morphine, dans cette circonstance, serait-elle favorisée par la soude que contient l'exsudation séreuse du vésicatoire? Sur les personnes qui étaient soumises à l'action de l'acétate et du muriate de morphine, les phénomènes cérébraux furent très-prononcés; il

y eut des étourdissemens très-forts, un engourdissement qui dura long-temps, un assoupissement prolongé et des vomissemens.

L'action de la codéine ne diffère pas moins de celle de la morphine, quand on administre ces deux substances à l'intérieur. La codéine fait habituellement naître une douce chaleur qui se répand dans l'épigastre, dans la poitrine et dans l'abdomen; puis vient le sommeil, que M. Barbier est porté à regarder comme un effet de la modification que la codéine fait éprouver au plexus nerveux du grand-sympathique.

Le sommeil dû à la codéine a toujours un caractère qui lui est propre; il est très-différent de celui que provoquent la morphine et les sels de morphine. Réveillés au milieu de leur sommeil, les malades qui ont pris la codéine ont l'encéphale parfaitement libre; ils sont gais, causeurs; ils ont une figure ouverte, rosée. Au contraire, les personnes qui sont sous l'influence de la morphine, ont la tête lourde, les paupières pésantes, une certaine pâleur; ils se plaignent d'engourdissement, de vertiges, d'accablement. M. Barbier pense que l'on distingue facilement, le matin, les malades qui font usage de la codéine de ceux auxquels on a administré de la morphine. Il appelle l'attention des observateurs sur une vivacité particulière que la codéine donne aux yeux, et qui pourrait aussi tenir à l'action de cette substance sur les nerfs du système ganglionnaire.

M. Barbier a quelquefois réussi à guérir des maux d'estomac avec la codéine; souvent aussi cette substance ne produisait pas ce bien. Il lui paraît évident que l'on confond, sous ce titre, bien des affections dont la cause et l'origine ne sont pas les mêmes. La codéine ne réussit pas quand il y a un travail de phlogose sur la membrane muqueuse gastrique: les malades se plaignent alors de son action; ils n'en veulent pas continuer l'emploi.

La codéine ne convient pas davantage quand il y a des ulcérations dans l'estomac; mais lorsque les accidens dont se plaint le malade tiennent seulement à un état morbide des plexus nerveux de l'épigastre, la codéine les fait sûrement disparaître.

M. Barbier cite l'observation d'une femme qui, depuis neuf semaines, était tourmentée d'anxiétés épigastriques, de douleurs gastro-spinales, qui arriva à l'Hôtel-Dieu d'Amiens dans un état d'accablement, avec plaintes, soupirs, pouls petit, irrégulier, vomissemens. La codéine la soulagea aussitôt après son administration: en trois jours sa santé se rétablit. Il pourrait citer plusieurs observations où l'action de la codéine fut aussi remarquable.

M. Barbier pense que cette maladie mérite un nom particulier, et propose de la désigner sous le titre de plecto-nevralgie, qui ne préjuge pas la nature de la condition morbide où se trouvent alors les plexus nerveux, mais exprime seulement le caractère le plus saillant de cette affection.

M. Barbier termine par rappeler l'importance du système des nerfs ganglionnaires; il pense que l'état morbide des plexus nerveux s'exprime surtout par une altération spéciale des traits de la figure. Quand, dans une pneumonite, dans une péritonite, etc., la figure se décompose, c'est que les plexus du nerf grand-sympathique passent à une condition morbide, et le danger devient pressant. Dans le début d'une fièvre, la figure altérée du malade est du plus mauvais augure par la même raison.

MÉMOIRE

Sur la décomposition des roches, et sur les doubles décompositions dans les actions lentes, lu à l'Académie royale des sciences le 7 avril 1833, par M. BECQUEREL.

EXTRAIT.

Les eaux minérales, en parcourant l'intérieur des montagnes, s'infiltrent à travers les roches, réagissent sur leurs élémens, et nous apportent en dissolution les parties solubles, tandis que celles qui ne le sont pas restent adhérentes à leur surface. M. Becquerel partant de ce principe, s'est livré à une série d'expériences, dont les résultats ne seront pas sans intérêt pour la géologie et la chimie.

Il est nécessaire de présenter d'abord des développemens sur les transformations successives que l'on fait éprouver à divers composés par le moyen des doubles décompositions, pour arriver à former des composés semblables à ceux que l'on trouve dans la nature. Les doubles décompositions qui opèrent les transformations, ont une puissance d'action dont on ne connaît pas encore toute l'étendue.

Prenons une dissolution de nitrate ou de sulfate de cuivre, et plongeons-y un morceau de craie, de calcaire grossier, de calcaire poreux, etc. Voici ce qui se passe avec la dissolution de cuivre: le sel métallique réagit peu à peu sur le calcaire, lui cède une portion de son acide, en chasse l'acide carbonique, et il se forme du nitrate de chaux qui se dissout, et du sous-nitrate de cuivre insoluble qui se dispose en petits cristaux sur le calcaire; l'action continue dans l'intérieur à travers les petits interstices. Il faut donc que le nitrate de cuivre pénètre dans l'intérieur, et que le nitrate de chaux et l'acide carbonique en soient expulsés en même temps par l'effet d'un courant dirigé en sens inverse.

Le chlorure de cuivre lui a donné également le sous-chlorure de ce métal cristallisé, analogue à celui que l'on trouve dans les mines du Pérou. Si l'on veut accélérer la formation de ces sous-sels, on peut employer l'action du calorique; mais alors les cristaux sont moins nets. Appliquons maintenant ces faits à la géologie. Dans presque toutes les mines de cuivre où il existe des pyrètres cuivreuses en décomposition, les eaux tiennent en dissolution du sulfate de cuivre. Si ces eaux, en parcourant les fissures des roches, rencontrent du carbonate de chaux, le sulfate se décompose et forme le sous-sulfate insoluble qui cristallise, et du sulfate de chaux qui est entraîné par les eaux et cristallise au dehors.

Le sous-chlorure de cuivre, dont la formation est récente dans les filons peut avoir une origine semblable. En soumettant à la même expérience des sels à base de fer, surtout le proto-sulfate, on obtient un sous-sulfate concré-

tionné rubigineux, qui a de l'analogie avec celui qu'on trouve dans la nature ; il se dépose en même temps beaucoup de cristaux de sélénite. Les sels métalliques qui ne donnent pas lieu à des sous-sels, ne donnent lieu à aucun effet de ce genre.

Action des bicarbonates alcalins sur les sous-sels.

Lorsqu'on laisse séjourner un morceau de calcaire dont la surface est recouverte de cristaux de sous-nitrate de cuivre, dans une solution de bicarbonate de potasse, étendu d'une ou deux fois son volume d'eau, ces cristaux prennent une teinte plus foncée, et se changent peu à peu en un double carbonate de cuivre et de potasse qui cristallise en aiguilles ; en même temps l'acide nitrique se porte sur le carbonate calcaire, et forme du nitrate de chaux qui est expulsé au-dehors en même temps que l'acide carbonique. Aussitôt que ce nitrate est en contact avec le bicarbonate calcaire, il s'opère une nouvelle décomposition, d'où résulte un carbonate de chaux qui cristallise en petits rhomboïdes, et forme des traînées tuberculeuses dues au dégagement de l'acide venu de l'intérieur.

M. Becquerel croit qu'avec du calcaire poreux, tel que le calcaire grossier parisien et des dissolutions de nitrate de cuivre et de bicarbonate de potasse, on obtient successivement des cristaux de sous-nitrate de cuivre, de double carbonate de cuivre et de potasse, et des cristaux de carbonate de chaux.

Si, après avoir retiré de la dissolution du bicarbonate et lavé le morceau en expérience, on le plonge dans une solution de sulfate de cuivre, de nouvelles réactions se manifestent insensiblement. D'une part, il y a formation d'un double sulfate de potasse et de cuivre qui reste dissous, et de sous-sulfate de cuivre qui cristallise en aiguilles ; de l'autre, le carbonate vert qui provient du double carbonate, se dépose en cristaux circulaires verts ; mais il faut arrêter l'expérience à temps, pour ne pas décomposer ensuite le carbonate de cuivre. Voilà donc des composés insolubles qui cristallisent en se formant, par cela même que les forces qui les produisent agissent lentement et sans interruption.

Le sous-sulfate de cuivre soumis au même mode d'expérimentation, donne les mêmes résultats.

Action de quelques dissolutions salines sur les sous-sels.

En faisant les sous-sels des dissolutions de phosphate, arséniate, chromate, oxalate et succinate alcalins, on obtient des résultats analogues. Si l'on met le sous-nitrate de cuivre dans une dissolution saturée de phosphate d'ammoniaque, le sous-sel se décompose peu à peu et dépose sur la surface çà et là une multitude de cristaux limpides formant des houpes radiées, tandis que la couleur verte de ce sous-sel prend une teinte bleuâtre ; les cristaux limpides sont formés de phosphate de chaux pur, et la partie verte d'un phosphate de cuivre. Il est à noter que c'est précisément ce phosphate qui se trouve en dissolution dans plusieurs eaux minérales. La théorie de la fermentation des phosphates à base de chaux et de cuivre, est la même que pour les produits précédens.

Réaction du bicarbonate de potasse sur le gypse.

Lorsque l'on plonge un morceau de sulfate de chaux cristallisé dans une dissolution saturée ou étendue de bicarbonate alcalin, il y a dégagement de gaz acide carbonique ; la sélénite blanchit peu à peu, se recouvre de très-petits cristaux de carbonate de chaux ; puis le sulfate calcaire cristallise sur les parois du vase. Dans cette réaction, le sulfate de chaux étant faiblement soluble à mesure qu'il se dissout, il est décomposé par le bicarbonate alcalin ; mais comme le sulfate de chaux est composé d'un atome de base et de deux atomes d'acide, ainsi que le sulfate de potasse, et que le bicarbonate de potasse renferme un atome de potasse et quatre atomes d'acide carbonique ; le carbonate de chaux, d'un atome de chaux et de deux d'acide, il faut nécessairement que les deux atomes de gaz deviennent libres et se dégagent, comme l'expérience l'indique.

Tels sont les résultats généraux auxquels l'auteur est parvenu. Dans un autre mémoire il se propose de développer les avantages que l'on pourra tirer des transformations successives pour la chimie et la géologie. J. F.

BIBLIOGRAPHIE.

JUIN 1834.

Traité d'anatomie pathologique; par J. F. LOBSTEIN. 2me vol. Paris et Strasbourg. Levrault, 1833. In-8°.

Nous avons à nous excuser du retard que nous avons mis à annoncer cet ouvrage, et près de l'auteur, dont le talent mérite toute sorte d'empressement à faire connaître ses œuvres, et près des lecteurs de notre recueil à qui nous aurions fait un véritable dommage, si, par l'effet de notre silence, ils avaient ignoré la publication d'un ouvrage aussi important que celui-ci. Ce serait un soin bien superflu que de s'arrêter à exposer les avantages de l'anatomie pathologique, et à proclamer l'utilité d'un livre destiné à présenter l'ensemble des résultats obtenus jusqu'à ce jour de l'étude des maladies faite sur le cadavre. L'importance bien sentie et bien comprise d'un pareil ouvrage, en fit naître trois à-la-fois en France, il y a peu d'années. De ces trois ouvrages, l'un (celui de M. Andral) était moins un traité d'anatomie pathologique qu'une physiologie pathogénique dont les principes étaient puisés à une autre source, et qui venait seulement invoquer à leur appui les documens fournis par les recherches nécroscopiques. Le second (celui de M. Ribes, aujourd'hui professeur à Montpellier), n'était qu'une critique verbeuse des études mêmes dont il empruntait le nom, pour attirer des chalans par l'appât d'un titre alors en faveur. Le troisième, qui est celui dont nous annonçons le second volume, répondait seul à l'idée qu'on doit se faire d'un traité d'anatomie pathologique.

L'étude des maladies sur le cadavre n'est point, tant s'en faut, une pathologie toute entière; ainsi l'anatomie pathologique ne doit point prétendre à dominer la médecine-pratique, et à lui imposer ses méthodes. Mais si elle laisse à la pathologie *vivante* toute son indépendance, elle a droit aussi à conserver la sienne. Elle aura ses procédés à elle, sa méthode d'étude et sa méthode d'exposition, et l'on ne sera point autorisé à venir lui dire que ces méthodes ne sont pas celles qu'on suit avec raison dans d'autres sciences; et l'on n'aura rien prouvé contre elle quand on aura montré qu'elle ne conduit par elle-même, et quand elle se sépare de toute autre étude, qu'à une connaissance incomplète des maladies, qu'à des notions fausses de l'état morbide antérieur des êtres dont elle étudie les débris, car elle montrerait qu'il n'y a dans tous ces mécomptes qu'erreur de la part de ceux qui ont voulu tirer d'elle plus qu'elle ne promet et ne peut tenir.

L'anatomie pathologique proprement dite étudie toutes les altérations apercevables que le corps peut présenter, d'abord en elles-mêmes, puis dans leurs rapports réciproques, et enfin dans leurs rapports avec les phénomènes qui ont précédé la mort, et avec les phénomènes les plus généraux de la maladie, de la santé et de la vie.

En considérant dans leur ensemble toutes ces altérations, on en voit un certain nombre se reproduire, toujours les mêmes, quel que soit l'organe dans lequel elles siégent, et conserver leurs caractères au milieu des combinaisons dans lesquelles elles peuvent se trouver confondues avec toutes les autres. Ce sont les *élémens* pathologiques dévoilés par *l'analyse* du scalpel. Leur histoire, considérée d'une manière générale, et abstraction faite de toutes les particularités de siége, de marche, etc., que ces altérations empruntent des circonstances dans lesquelles elles se développent, constitue l'anatomie pathologique générale. C'est à cette anatomie générale que M. Lobstein a consacré le premier volume tout entier de son ouvrage. On y trouve, après les prolégomènes, l'histoire générale, 1° des changemens de forme et de volume des parties; 2° des changemens de position et de connexion; 3° de la raréfaction des tissus; 4° du développement accidentel des tissus nouveaux analogues aux tissus primitifs; 5° des substances étrangères à l'organisation, accidentellement formées dans le tissu des parties; 6° des produits morbides sans connexion organique avec les tissus naturels; et le volume est terminé par des considérations générales sur la pathogénie des maladies organiques, sur leurs terminaisons et sur la manière dont elles déterminent la mort.

Le tome IIe commence l'étude de l'anatomie pathologique spéciale. Celle-ci doit se diviser en deux parties, l'une consacrée à l'histoire des maladies considérées dans chacun des *systèmes* organiques; l'autre à celle des maladies dans chaque *appareil*. Un appendice donnera l'anatomie pathologique du fœtus. Le volume actuel renferme l'anatomie pathologique des systèmes cellulaire, osseux, cartilagineux ligamenteux (et de l'appareil articulaire) musculaire, et la plus grande partie de celle des systèmes artériel et veineux. (Une grande partie de l'appareil circulatoire.)

L'auteur étudie dans chacun de ces systèmes toutes les lésions dont ils peuvent être atteints. Sur celles qui ne sont pas d'une grande rareté, il trouve dans sa longue et riche pratique presque tous les matériaux dont il a besoin pour en faire connaître les diverses formes; sur celles dont on ne possède qu'un petit nombre d'exemples, son érudition lui indique avec sûreté la plupart des sources où l'on peut les puiser.

Il serait impossible, dans une courte notice de Journal, je ne dirai pas d'exposer, mais seulement d'indiquer cette multitude d'objets dont il est traité dans le second volume de M. Lobstein, et pourtant ce serait faire tort à l'ouvrage que de n'en pas signaler quelques-uns à l'attention des lecteurs. Nous choisissons la longue section relative aux maladies du système osseux. Nous dirons en général sur cette section, que l'anatomie pathologique des os y est traitée d'une

manière infiniment plus complète que dans aucun autre ouvrage français, et, sur bien des points, d'une manière beaucoup plus approfondie. En ce qui concerne la carie, par exemple, l'histoire que donne l'auteur des formes bien distinctes sous lesquelles elle se présente (histoire basée sur des faits positifs qu'il rapporte, et des préparations, un examen que tout le monde peut répéter), donne la clef des dissidences qui existent entre les divers écrits qui ont paru sur cette matière et dans les opinions des chirurgiens d'à-présent; elle prouve d'ailleurs qu'il a été bien plus aisé, dans beaucoup d'ouvrages modernes, d'effacer d'un trait de plume tout ce qui se rapportait aux *espèces* diverses de carie, sous prétexte de supprimer des divisions inutiles, qu'il n'eût été facile de démontrer l'identité de cette affection avec elle-même dans tous les cas où elle peut se présenter. Elle met fin, par exemple, non par un artifice de logique, à la manière des éclectiques, mais par le rapprochement des faits, à la discussion agitée dans ces derniers temps, entre Delpech et ses disciples, qui voulaient que la maladie de Pott fût toujours une affection tuberculeuse de la colonne vertébrale, et ceux qui soutenaient que c'était une érosion des os de cette colonne; l'une et l'autre de ces opinions sont vraies selon les cas; et M. Lobstein ne se borne pas à l'établir comme un fait, il donnerait au besoin les moyens de déterminer à quel genre se rapporterait tel ou tel exemple qu'on aurait sous les yeux.

Nous recommandons vivement *l'Anatomie pathologique* de M. Lobstein, comme un des ouvrages de notre époque dans lequel il y a le plus à apprendre.

Traité d'anatomie topographique ou Anatomie des régions du corps humain, considérée dans ses rapports avec la chirurgie et la médecine-opératoire; par FRÉD. BLANDIN. 2e édition. Un vol. in-8° et atlas in-fol. de 20 planches. Prix, 23 fr. fig. noires, et 40 fr. fig. coloriées. A Paris, chez Germer-Baillière (1).

L'impulsion donnée à la chirurgie dans le siècle dernier, par les travaux de l'ancienne Académie royale, fut pour l'anatomie l'époque d'une heureuse révolution. On reconnut mieux le besoin d'étudier la structure de l'homme pour en observer convenablement les maladies et en rechercher avec fruit le traitement rationnel. Desault le comprit un des premiers : il décrivit dans ce but avec un soin minutieux les formes et les connexions des organes; il introduisit dans la science un langage sévère et précis qui forme aujourd'hui le caractère dominant de son école. Bichat parut plus tard, doué de ce même esprit d'application. Il créa l'anatomie générale, et montra, dans son immortel ouvrage, tous les services que cette étude pouvait désormais rendre à la pathologie. Delà date l'essor qu'a pris la chirurgie moderne, et le vif éclat dont elle a brillé depuis. Cependant ce champ où avaient déjà moissonné Desault et Bichat ne devait pas être stérile pour les successeurs de ces deux hommes de génie. On reconnut bientôt qu'après avoir étudié les organes en les groupant suivant leurs affinités de texture ou de fonctions, il restait encore à les analyser, en quelque sorte, sur place, et d'après l'ordre où la nature les a placés dans les diverses localités. Telle fut l'origine de l'anatomie topographique, déjà entrevue depuis long-temps, il est vrai, mais appartenant en réalité à l'époque actuelle, par la manière large dont elle a été envisagée et les services qu'elle a rendus. Préparée par les savantes recherches de divers chirurgiens, sur l'aine, le périnée, le cou, elle doit surtout aux professeurs Roux et Béclard d'avoir été généralisée et répandue dans l'enseignement. Depuis lors son importance a été si vivement sentie, que déjà elle s'est enrichie de nombreux travaux et d'ouvrages importans.

Je n'ai point à examiner en détail celui de M. Blandin, puisqu'il a déjà subi l'épreuve de la publicité : je ferai seulement remarquer que, dans la limitation des diverses régions, il se présentait deux écueils à éviter; il fallait en effet craindre de trop subdiviser ou de ne pas diviser assez. Dans le premier cas on s'exposait à d'inutiles redites; dans le second on ne pouvait embrasser tous les détails. M. Blandin les a heureusement évités en adoptant le plus possible pour base de sa division les limites naturelles établies entre les sections, soit par des reliefs osseux, soit par des différences tranchées dans la structure. Quant à la description des régions en particulier, elle a été tracée d'après un plan assez vaste pour n'omettre aucun fait. M. Blandin, considérant chaque région comme un organe, en étudie d'abord la forme et les élémens, puis il indique les rapports de ces derniers par ordre de superposition, il examine le développement et les variétés de la région elle-même, et présente enfin comme corollaire les considérations pathologiques et opératoires qui peuvent s'y rattacher.

Le plan et les principaux détails de cette seconde édition n'ont subi aucun changement : l'auteur a seulement mis à profit les progrès de la science. La pathologie du système veineux et la phlébite en particulier, dont l'importance n'a été bien appréciée que depuis peu d'années, ont dirigé l'attention des observateurs sur cette partie de l'appareil vasculaire. M. Bérard aîné a signalé la cause qui rend la pénétration de l'air si facile dans les veines du cou lorsqu'elles sont divisées : M. Lenoir, étudiant le plexus veineux vésico-prostatique, a expliqué la manière dont surviennent les phlébites à la suite de la cystotomie périnéale, etc....

La région de l'aine, sujet éternel de l'attention des chirurgiens, doit à M. Manec d'intéressantes recherches sur le canal et l'anneau crural : le premier, en effet, cet anatomiste a distingué le canal fibreux qui loge les vaisseaux fémoraux de l'ouverture qui livre passage aux viscères formant la hernie crurale. Je regrette que M. Blandin n'ait pas adopté cette manière de voir, et qu'il ait conservé la description du canal crural avec ses faces, ses bords, ses angles et ses orifices. Je lui accorde volontiers que des hernies puissent avoir lieu au-devant ou au-dehors des vaisseaux cruraux, bien rarement, il est vrai, puisque le fait observé par M. J. Cloquet est peut-être le seul qu'on puisse

---

(1) Le bel atlas de cet ouvrage fait partie des *Iconographies* publiées par l'Établissement encyclographique, au prix de 5 fr. fig. noires, et 12 fr. fig. coloriées.

en citer pour preuve ; mais je n'en persiste pas moins à regarder la distinction établie par M. Manec comme vraie et de nature à éclairer beaucoup l'histoire anatomique de la hernie fémorale.

Le périnée, dans cette édition comme dans la première, a été décrit avec une exactitude qui ne laisse rien à désirer ; on voit que M. Blandin a de la prédilection pour l'étude de cette importante région. C'est du reste à ses soins qu'est due la connaissance plus exacte de plusieurs parties du périnée, et notamment de l'aponévrose périnéale inférieure.

La partie de l'ouvrage relative aux déductions pathologiques et opératoires, est, sans contredit, celle à laquelle il a été le plus ajouté : on le conçoit, puisque de nouveaux faits viennent chaque jour s'ajouter à ceux que possède la science. Je n'indiquerai que les plus saillans : un procédé de rhinoplastie propre à l'auteur ; des remarques sur les plaies du larynx, sur l'opération de la taille, sur les calculs urétro-vésicaux, étranglés en gourde à leur partie moyenne, et très-difficile à extraire ; des observations sur les rétrécissemens de l'urètre et le cathétérisme, etc. On peut dire que tous les progrès récens de la chirurgie ont été rapidement examinés et appréciés à leur juste valeur.

Enfin l'atlas s'est enrichi de huit planches nouvelles, toutes en général d'une grande fidélité ; j'en excepte toutefois la cinquième, destinée à montrer la partie antérieure du canal inguinal et crural, qu'il eût fallu rajeûnir d'après de nouvelles dissections.

ROBERT, *agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien du Bureau central des hôpitaux.*

De l'insuffisance des valvules aortiques ; par P. ARISTIDE GUYOT DE LA GUERCHE. *Thèse.* Paris, 1834, n°. 163.—31 pages in-4°. — *Essai sur la paralysie de plomb ou saturnine ;* par L. TANQUEREL DES PLANCHES. *Thèse.* Paris, 1834. — 165 pages in-4°.

Ces thèses, dont les auteurs se sont inspirés à la clinique de M. le docteur Rayer, sont un témoignage éclatant de tout le bien que peut faire à la science un médecin éclairé et plein de zèle à la tête d'un service d'hôpital. Les hôpitaux ne doivent pas être seulement un asyle pour les pauvres malades, mais encore un lieu d'études, une source d'instruction pour la jeunesse médicale. C'est aux médecins de ces établissemens d'exploiter une mine si féconde et de porter les jeunes gens qui sont attachés à leur service, à des travaux qu'ils n'ont pas le temps d'entreprendre eux-mêmes.

1. La thèse de M. Guyot est le premier travail qui ait été fait en France sur une maladie qui semble n'être pas très-rare et qui est digne de toute l'attention des pathologistes. C'est en 1832 que parut, dans l'*Edinb. med. surg. and. Journal*, le mémoire du docteur Corrigan sur *l'insuffisance des valvules de l'aorte.* Ce médecin décrivit cette maladie nouvellement étudiée, d'après onze cas observés par lui, et donna des détails précieux tant sur le diagnostic que sur le traitement de cette affection. Cependant, quelque exactitude qu'il ait mise dans sa description, elle ne fut pas à l'abri de toute critique. Un professeur distingué, le docteur Graves, de Dublin prétendit avoir retrouvé tous les symptômes indiqués par le docteur Corrigan chez un malade qui, à l'autopsie, n'offrit point la lésion décrite par ce médecin. Il en conclut que le docteur Corrigan s'était peut être trop hâté d'établir la certitude des signes physiques qui lui avaient semblé intimement liés à cette altération.

M. Guyot, par sa thèse, a décidé la question tout-à-fait en faveur du docteur Corrigan ; mais il a fait plus : sa description est beaucoup plus précise et plus complète que celle du médecin anglais ; il a tracé surtout avec soin les véritables caractères des signes diagnostiques.

Après avoir énuméré les causes du défaut d'application exacte des valvules sigmoïdes aortiques, qui sont au nombre de quatre : transformation fibro-cartilagineuse, cartilagineuse, osseuse ou pétrée de la totalité des valvules ; destruction partielle du bord libre ou des faces de ces valvules qui deviennent ainsi réticulaires ; rupture d'une ou plusieurs valvules ; dilatation de l'aorte qui s'étendrait jusqu'à son orifice et rendrait les valvules réellement insuffisantes, M. Guyot fait une distinction importante.

Il existe des cas où les valvules sont tellement imprégnées de sucs calcaires, qu'elles ne peuvent plus s'élever lors de la systole, et forment un plancher immobile, au centre duquel il n'existe qu'une étroite fissure à travers laquelle le sang peut s'échapper. Ce n'est point dans ces cas que l'on rencontre les phénomènes signalés par M. Corrigan. Ces phénomènes se retrouvent au contraire dans tous ceux où les valvules aortiques, permettant aussi le reflux pendant la diastole, se relèvent jusqu'à un certain point contre les parois aortiques, lorsque la systole ventriculaire s'opère, et offrent ainsi une libre voie au sang. Telles sont les conditions anatomiques de la maladie qui fait l'objet de cette thèse.

M. Guyot rapporte quatre observations nouvelles, recueillies dans le service de M. Rayer, et où les symptômes de la maladie sont exposés avec une clarté peu commune ; ensuite il extrait de différens auteurs quelques faits qui lui semblent analogues, et résume ainsi les principaux phénomènes de la maladie.

1° Absence du bruit clair ou supérieur du cœur et son remplacement par un bruit de soufflet très-sensible au cœur lui-même, dans l'aorte ascendante, les carotides et les sous-clavières.

2° Pulsations visibles des artères du cou, de la tête et des membres supérieurs.

3° Pouls fort, fréquent et vibrant. Ces trois phénomènes, quand ils se trouvent réunis, sont caractéristiques de la lésion qui nous occupe.

Ici se trouve une discussion approfondie sur la valeur et sur les véritables caractères de ces signes. Ce passage, où tout s'enchaîne et qui est par conséquent peu susceptible d'analyse, se fait remarquer par la clarté qu'il répand sur un sujet si obscur par lui-même. M. Guyot y indique la cause probable du bruit de soufflet et les moyens de le distinguer

de tout bruit de soufflet provenant d'une autre cause. Il explique la pulsation visible des artères par l'énergique contraction du cœur, et la fréquence du pouls par la nécessité où est le cœur de se débarrasser promptement du sang qui y afflue par deux voies opposées, etc. La partie qui traite du diagnostic différentiel est beaucoup plus satisfaisante dans la thèse de M. Guyot que dans le mémoire, d'ailleurs très-remarquable, du docteur Corrigan, et répond à merveille aux objections du professeur Graves.

Une des choses les plus importantes dans l'histoire de cette maladie, c'est son traitement. La saignée, la digitale et les moyens débilitans, qui, au premier abord, semblent indiqués par les symptômes, sont funestes au malade. Sous ce rapport, M. Guyot se range tout-à-fait de l'avis du docteur Corrigan. Combattre l'hypertrophie salutaire du cœur, affaiblir l'énergie de ses contractions, diminuer le nombre de ses pulsations, ce serait faciliter le reflux du sang, ce serait hâter la mort du malade. Il y a cependant un certain nombre de cas où l'on devrait se départir de ce précepte rigoureux; ce sont ceux d'une phlegmasie aiguë qui menacerait les jours du malade; mais, dans ce cas, il faut renoncer le plus vite possible aux saignées.

Il est encore, dit M. Corrigan, une circonstance où les émissions sanguines peuvent être nécessaires : c'est lorsque, sans causes suffisantes, il se manifeste des serremens de poitrine, une action tumultueuse du cœur, qui paraissent dépendre de la surabondance du sang, d'une véritable pléthore. A part ces cas et quelques autres, qui n'échapperont pas à la sagacité du praticien, il est de précepte de ne pas saigner.

Les soins les plus avantageux, seront ceux qui, en fortifiant la constitution générale, donneront un dégré proportionné de vigueur au cœur, et le mettront en état d'entretenir convénablement la circulation.

Je ne terminerai point ce résumé sans féliciter M. Guyot, et sur le choix de son sujet, et sur la manière éclairée dont il l'a traité; et, comme les *Archives* ne possèdent encore aucun fait de la maladie qu'il a décrite, je vais extraire de sa thèse l'observation suivante qui en offre un exemple extrêmement remarquable.

Observation d'insuffisance des valvules aortiques. — Jean-Louis-Cordier, serrurier, âgé de 52 ans, entra à l'hôpital de la Charité, le 31 juin 1832, et fut couché salle Saint-Michel, service de M. Rayer. Cet homme, d'une constitution grêle, irritable, sujet depuis un grand nombre d'années à un flux hémorrhoïdal mensuel, reçut, en 1829, à la partie antérieure et inférieure de la poitrine un coup violent de timon de voiture. C'est à cette époque que le malade fait remonter une oppression légère inhabituée et qui augmentait lorsqu'il faisait un effort extraordinaire. Vers 1833, des palpitations se joignirent à l'oppression, qui avait acquis plus d'intensité, et revenait par accès. Cordier n'avait cependant point discontinué ses travaux; ce n'est que six mois avant son entrée à l'hôpital que la violence des accidens le força à l'inaction; ses membres étaient alors infiltrés. Les décoctions de racine d'asperge, de chiendent nitré furent opposées avec quelque succès à l'œdematie. Deux saignées ne procurèrent aucun soulagement. — Lorsqu'il se présenta à l'hôpital, son état général était le suivant : bouffissure de la face, surtout du côté droit; point de couleur violacée des lèvres; légère infiltration de la face dorsale des mains; œdème considérable de la partie inférieure des membres abdominaux; décubitus dorsal impossible; oppression, état d'étouffement habituel, augmentant par accès et empêchant souvent le malade de dormir; bonne sonoréité de la poitrine, excepté à la région précordiale; respiration pure et forte, surtout à la partie postérieure; toux légère; expectoration médiocrement abondante de crachats épais, jaunâtres, muqueux. — La région précordiale percutée rend un son mat surtout à sa partie inférieure; les battemens du cœur sont sensibles à l'œil. L'application du cylindre fait apprécier les phénomènes suivans : impulsion forte; premier bruit du cœur, bruit ventriculaire correspondant au pouls, sourd et peu prolongé. Absence du deuxième bruit, du bruit clair, remplacé par un bruit de soufflet très-fort, qui, partant de la base du cœur, s'élève le long du sternum vers l'extrémité supérieure duquel il se renforce. En écoutant avec attention vers la partie inférieure du sternum, on entend un double bruit de soufflet; l'un paraissait isochrône au pouls, l'autre lui succédait; les carotides, les sous-clavières sont agitées de mouvemens brusques pulsatifs, très-visibles à l'œil, isochrônes aux battemens du cœur, et présentent en outre un bruissement très-remarquable lorsqu'on y applique légèrement le doigt; l'oreille y perçoit aussi un bruit de soufflet très-notable. Si le malade élève les membres thoraciques, la peau est violemment soulevée dans le trajet des artères brachiales, cubitales et radiales, dont les flexuosités sont remarquablement augmentées. Les pulsations sont moins énergiques lorsque les membres pendent le long du tronc; le pouls est large, fort, vibrant et bat 89 fois par minute. Les battemens des artères des membres abdominaux n'étaient sensibles qu'à la partie supérieure des cuisses, et le bruit de soufflet qu'on y entendait, produit peut-être par la pression du cylindre, était isochrône au pouls. Le quatrième espace intercostal droit, à un pouce du sternum, présentait une pulsation très-circonscrite, de l'étendue d'un travers de doigt, et un bruit de soufflet très marqué; il n'était guère possible de croire à une dilatation anévrysmale de l'aorte qui y rampe; ces branches sont trop peu volumineuses, la pulsation trop intense, trop circonscrite pour qu'on pût s'arrêter à ce diagnostic. M. Rayer pensa que l'aorte présentait un anévrysme latéral, en forme du cul-de-sac, dont le fond se trouvait au niveau de l'espace qui sépare la quatrième de la cinquième côte droite : il était impossible de diagnostiquer avec plus de sagacité, comme on le verra par l'autopsie.

. . . . . .

. . . . . .

L'énergie du cœur était diminuée, le pouls devint plus faible, un peu irrégulier; enfin Cordier succomba après une courte agonie, le 14 septembre 1833.

Autopsie, 26 heures après la mort. — Peu de rigidité. Infiltration séreuse des membres abdominaux, notamment à leur partie inférieure; le péricarde ne contient qu'une très-petite quantité de sérosité. Le cœur est d'un volume considérable; cet accroissement dépend presque entièrement du ventricule gauche, dont la cavité est aggrandie en même temps que ses parois, hypertrophiées, ont

acquis près de douze lignes d'épaisseur ; les valvules auriculo-ventriculaires gauche et droite sont saines. La partie droite de l'aorte, à un pouce au-dessus de son insertion au cœur, présente une poche en forme de doigt de gant, de la grosseur du pouce et de quatorze lignes de longueur; le fond de cette poche est adhérent à la face interne du feuillet réfléchi du péricarde. Si l'on verse de l'eau dans l'aorte, elle pénètre dans le ventricule gauche ; les valvules sigmoïdes laissent entre elles un écartement triangulaire dont la base a huit lignes de longueur et qui va en se rétrécissant graduellement jusqu'au sommet ; et si l'on calcule l'aire du triangle, en multipliant base par la moitié de sa hauteur (à-peu-près quatre lignes), on aura une ouverture de trente-deux lignes carrées, par laquelle le sang pouvait refluer dans le cœur pendant la vie. Ces valvules sont épaissies, leurs bords droits, le tubercule d'Arantius effacé ; elles sont transformées en un tissu ferme, élastique, très-analogue au cartilage. Si l'on introduit le doigt dans l'aorte par le ventricule, on peut, sans effort, relever les valvules, qui alors laissent entre elles un écartement qui, pendant la vie, ne pouvait aucunement porter obstacle à la projection du sang. Au-dessus de la valvule sigmoïde droite, l'aorte présente une ouverture parfaitement circulaire de quatre lignes de diamètre, et qui communique avec la petite poche signalée plus haut ; la membrane externe de l'artère paraît seule en former les parois. . . . . Les brachiales, cubitales et radiales, sont remarquablement flexueuses. . . . . Les autres organes n'ont pas présenté d'altération bien notable. »

II. — La thèse de M. Tanquerel n'est pas moins intéressante que celle de M. Guyot. Il y a toutefois cette différence entre elles, que dans l'une le style est bref, concis, tandis que dans l'autre il est un peu diffus. M. Guyot nous instruit beaucoup avec peu de paroles ; M. Tanquerel épuise chaque subdivision de son sujet. Cependant, il serait injuste de lui faire un reproche trop vif de quelques longueurs que l'on peut signaler dans sa thèse ; c'est un travail consciencieux, nouveau sous beaucoup de rapports, et qui a dû lui coûter beaucoup de recherches et de persévérance.

M. Tanquerel distingue deux espèces de paralysies produites par le plomb, *la paralysie musculaire*, ou *paralysie saturnine proprement dite*, et l'*anesthésie saturnine*. La première consiste dans la paralysie du mouvement et quelquefois de la sensibilité, de parties qui sont douées tout à la fois du sentiment et du mouvement, c'est-à-dire appartenant au système musculaire. Les seuls organes musculaires qu'on ait vus affectés de cette paralysie jusqu'à présent, sont : *les membres supérieurs et inférieurs, les muscles de l'appareil vocal, les muscles intercostaux, pectoraux, grand dorsal et sterno-cleïdo-mastoïdien.* La seconde a lieu lorsque le poison saturnin a porté son action délétère sur les organes de la *vue*, du *toucher*, et de l'*ouïe*, qu'il rend inhabiles à se laisser impressionner par les corps extérieurs.

L'anesthésie saturnine n'occupe que peu de place dans la thèse de M. Tanquerel, qui a pour objet plus spécial la paralysie saturnine proprement dite. L'auteur décrit cette paralysie avec tous les détails dont ce sujet est susceptible, faisant autant de chapitres qu'il y a de muscles susceptibles d'être paralysés. Cette méthode rend la description un peu longue ; mais d'un autre côté, elle permet de n'omettre aucune particularité importante.

Une partie très-intéressante de cette thèse est celle qui s'occupe du traitement, et, en particulier, de l'emploi de la strychnine, dont les bons effets sont attestés par des succès assez nombreux. La strychnine peut être administrée à l'intérieur, ou par la méthode endermique. Prise à l'intérieur, elle semble avoir plus d'efficacité contre les paralysies étendues, par exemple, celle de tout un membre. Sept malades, attaqués de paralysie de plomb, ont été soumis, dans le cours de l'année 1833, par M. Rayer, à l'emploi de la strychnine. Presque tous ont guéri complètement ; tous du moins ont été soulagés d'une manière extraordinaire.

Cet ouvrage volumineux est terminé par treize observations extrêmement circonstanciées, dont douze ont été recueillies par M. Tanquerel lui-même, et dont deux sont suivies de détails nécroscopiques.

G. R.

Friderici Arnoldi, Icones nervorum capitis. Heidelberg, 1834, in-fol. — Cet ouvrage, publié aux frais de l'auteur, ne se trouve pas dans le commerce de la librairie ; on peut se le procurer en s'adressant, par lettres affranchies, à M. Kretzschmann, à Heidelberg. Prix, 20 fr.

Tous les anatomistes connaissent les belles recherches que M. Arnold a publiées sur les nerfs de la tête, d'abord dans sa dissertation inaugurale (*Heidelberg*, 1826), plus tard, dans un ouvrage plus étendu (*Der Kopftheil des vegetativen Nervensystem's ;* Heidelberg, 1831, in-4°, avec 10 planches gravées). Outre les descriptions plus exactes par lesquelles l'auteur de ces ouvrages se distingue ; outre les communications multipliées entre le système nerveux ganglionnaire et les nerfs cérébraux qu'il a découvertes ou dont il a de nouveau confirmé l'existence, M. Arnold y a fait connaître plusieurs faits capitaux en névrologie, savoir : 1° il existe un renflement ganglionnaire sur le trajet du nerf facial, là où il reçoit le nerf pétreux superficiel ; de ce renflement part un filet qui s'unit au nerf acoustique, lequel à son tour forme, dans le point de jonction, un renflement grisâtre ; le renflement du nerf facial fournit en outre la corde du tympan qui n'est pas par conséquent une continuation immédiate du nerf vidien. 2° Le rameau anastomotique de Jacobson, au lieu de se perdre en entier dans la cavité tympanique, en ressort, après avoir donné des filets aux organes contenus dans cette cavité, et se rend vers le côté interne du nerf maxillaire inférieur ; là, ce rameau pénètre dans un ganglion (*ganglion otique*), qui fournit des filets au muscle interne du marteau, au ptérygoïdien interne, aux péristaphylins et un autre au nerf temporal superficiel. 3° Le nerf pneumogastrique forme *à son entrée* dans le trou déchiré postérieur un ganglion qu'il ne faut pas confondre avec son plexus gangliforme, lequel est *placé plus bas*, et qui est connu de tous les anatomistes. De ce ganglion supérieur, ainsi que du ganglion pétreux du glosso-pharyngien, part un

rameau, qui avait été entrevu chez le veau et chez le chien, mais qui était resté inconnu chez l'homme, rameau qui pénètre dans l'aqueduc de Fallope, y communique avec le facial, et perfore ensuite l'apophyse mastoïde pour se rendre à l'oreille externe.

Depuis la publication de ces ouvrages, l'auteur n'a pas discontinué ses recherches sur les nerfs de la tête, et la concordance de ses résultats d'aujourd'hui avec ceux qu'il avait déjà livrés à la publicité, est un sûr garant de l'exactitude des premiers : en effet, la seule disposition nouvelle qu'il signale, c'est l'existence d'un second filet pour le muscle interne du marteau, fourni par le nerf ptérygoïdien.

Le nouvel ouvrage de M. Arnold, par cela même qu'il est écrit en latin, a été rendu accessible aux savans de tous les pays. Ce n'est toutefois pas une *description* des nerfs de la tête que l'auteur a voulu publier : le texte, à une courte indication près, n'étant qu'une explication détaillée des figures comprenant 50 pages. En cela l'auteur paraît avoir voulu suivre l'exemple de Sœmmerring, qui a également fait paraître ses monographies sans texte ; et en effet, l'étude des belles planches lithographiées de M. Arnold est infiniment plus propre à faire connaître la distribution des nerfs de la tête, que ne le ferait la meilleure description.

Ces planches sont au nombre de neuf ; chacune est accompagnée d'une planche au trait avec indication des chiffres et des lettres. La première planche donne l'origine des nerfs sur la face inférieure de l'encéphale. La 2e et la 3e représentent la base du crâne, vue par sa partie supérieure, et sur laquelle on a disséqué les nerfs de plus en plus vers la profondeur ; ainsi, comme les dissections sont faites des deux côtés, on a pu représenter sur ces deux planches quatres vues différentes. La 4e et la 5e planches donnent la dissection des nerfs du dedans en dehors : la première dissection est faite sur la ligne médiane, la seconde plus en dehors. La 6e, la 7e, la 8e et la 9e planches, enfin, représentent quatre plans nerveux disséqués du dehors en dedans.

Sans doute que l'on aurait pu diminuer le nombre de ces planches si l'on avait voulu distraire quelques parties de leur position naturelle en les inclinant de côté ; mais cette manière de représenter les objets anatomiques est avec raison reconnue comme vicieuse, et nous félicitons l'auteur d'avoir suivi la méthode des Albinus et des Sœmmerring : de cette manière, tous les objets sont à leur place réelle, tous sont représentés avec exactitude, et chaque planche servant de complément aux autres, l'ouvrage aurait été incomplet s'il y avait eu une planche de moins. Nous supposons que c'est à dessein que les ombres des dessins sont peu foncées ; si les cavités paraissent ainsi un peu moins creusées qu'elles ne devraient l'être réellement, ce léger inconvénient, qui n'en est pas un pour les hommes du métier, est amplement compensé par la faculté que l'on a eue de représenter avec netteté dans la profondeur des objets si délicats. L'exécution lithographique de cet ouvrage, qui a sa place marquée dans toutes les bibliothèques anatomiques, ne laisse rien à désirer.

E. A. LAUTH.

Nouveau Formulaire pratique des hôpitaux, ou choix de formules des hôpitaux civils et militaires de France, d'Angleterre, d'Allemagne, d'Italie, etc.; Par MM. MILNE EDWARDS et P. VAVASSEUR. 2e. édition, augmentée d'une notice statistique sur les hôpitaux de Paris. — Paris, 1834. Petit in-12.

En janvier 1832, nous avons annoncé la première édition de ce petit ouvrage, et nous lui avons donné des éloges qu'il méritait à tous égards. Notre jugement a été confirmé par l'empressement du public médical. En effet, il s'est à peine écoulé dix-huit mois depuis l'apparition du formulaire de MM. Edwards et Vavasseur, et déjà une nouvelle édition est devenue nécessaire. Les auteurs ont conservé l'ordre qu'ils avaient adopté ; mais ils ont revu leur travail avec soin, ont éliminé un grand nombre de formules trop compliquées ou d'une composition peu heureuse, et les ont remplacées par d'autres qu'ils ont choisies dans les cliniques des hôpitaux et dans les ouvrages récemment publiés. On voit qu'ils ont perfectionné leur ouvrage et qu'ils ont fait de louables efforts pour le mettre au niveau de la science. Ils ont fait en outre une addition importante ; c'est une notice statistique sur les hôpitaux de Paris. Cette notice n'est guère susceptible d'analyse ; qu'il nous suffise de dire qu'on y trouve la liste exacte de tous les hôpitaux, le nom des médecins et chirurgiens, les maladies qu'on y traite, les opérations qu'on y pratique, les heures des visites et consultations, enfin une foule de renseignemens précieux pour les étudians et même pour les médecins.

Beitræge zur lehre von den eyhüllen des menschlichen fœtus, etc.—Documens pour servir à l'étude des enveloppes de l'œuf du fœtus humain, par TH.-L.-W. BISCHOFF, docteur en philosophie et en médecine.— Bonn, 1834, in-8°, de 122 pages, avec deux planches lithographiées.

L'étude de l'embryologie est devenue depuis quelques années le but des recherches d'un grand nombre d'anatomistes, tant en France qu'en Allemagne, et cependant, malgré plusieurs travaux remarquables, il reste encore à éclaircir plus d'un point de l'histoire si intéressante du fœtus. Je crois donc être utile à mes confrères en leur faisant connaître les recherches d'un jeune médecin de Bonn, M. le docteur Bischoff, sur cette matière difficile (1).

L'opuscule que nous annonçons et dont nous allons cher-

(1) L'analyse de cet ouvrage nous est communiquée par M. le docteur Lereboullet, de Strasbourg.

cher à donner une analyse succincte est le fruit des études d'un anatomiste consciencieux qui n'a eu évidemment pour but que l'avancement de la science. Il a cherché à préciser mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à présent le nombre des membranes qui entrent dans la composition de l'œuf humain et à en donner des descriptions exactes. Dans tout le cours de son ouvrage il a soin d'exposer l'état de la science sur le sujet dont il traite, et il discute avec lucidité les opinions souvent contradictoires émises par les auteurs, pour donner ensuite le résultat de ses propres expériences.

M. Bischoff décrit quatre membranes dans l'œuf humain :

1° La caduque de Hunter (caduque vraie et caduque réfléchie);

2° Le chorion, qu'il a pu séparer en deux lames;

3° La membrane moyenne (die mittlere Haut), qu'il décrit le premier comme une membrane propre;

4° L'amnios.

Ces membranes font l'objet d'autant de chapitres particuliers.

1° *Membrane caduque.*—Après avoir examiné le mode de production probable de la caduque vraie et de la caduque réfléchie, l'auteur s'occupe de la structure de cette membrane. Il s'étonne qu'on ait répété si souvent que la caduque disparaît après la première moitié de la gestation, tandis qu'il l'a trouvée sur tous les œufs qu'il a examinés; il a très-bien vu les vaisseaux qui la parcourent et est même parvenu à les injecter sans beaucoup de peine. Il suffit pour cela de ne pas laisser séjourner le placenta dans l'eau, mais de s'occuper de cette recherche de suite après la délivrance, afin que le sang qui remplit les vaisseaux n'ait pas le temps de s'écouler. C'est dans la caduque utérine que M. Bischoff a découvert ces vaisseaux; il ne peut décider si la caduque réfléchie en contient également, mais il le soupçonne, d'après l'idée qu'il se fait de cette membrane qui n'est, suivant lui, autre chose que la caduque vraie refoulée par l'œuf lors de sa descente dans l'utérus.

2° Le Chorion, seconde membrane de l'œuf, ne contient ni vaisseaux, ni nerfs visibles. Il se compose de deux feuillets très-étroitement unis et qu'on ne peut séparer que par parcelles. Les villosités qui recouvrent sa surface sont, d'après M. Bischoff, composées de filets très-déliés et de vaisseaux extrêmement fins qui viennent de l'intérieur de l'œuf et qui rampent entre les lames du chorion. L'auteur développe longuement cette opinion, qui lui est propre; cependant il avoue qu'il ne lui a pas été possible d'injecter ces vaisseaux, ni même d'apercevoir nettement leur cavité sous un fort grossissement.

3° Le chapitre III est consacré à l'étude de la membrane moyenne, de la vésicule ombilicale, de l'allantoïde et de l'endochorion de Burdach.

La membrane que M. Bischoff décrit sous le nom de membrane moyenne, n'est pas celle décrite par Haller, Hoboken et d'autres, comme l'allantoïde est appelée par eux *membrana media*, à cause de sa position entre l'amnios et leur *chorion*, et qui n'est autre chose que la caduque. La membrane moyenne de ces auteurs est réellement le chorion, tandis que la membrane moyenne de M. Bischoff est située entre ce dernier et l'amnios. Cette membrane occupe toute la périphérie de l'œuf, elle peut se démontrer sur toute espèce de délivre, et n'est pas même difficile à préparer. Le plus souvent elle reste adhérente à l'amnios, quelquefois cependant au chorion; c'est lorsqu'on opère la séparation en partant du cordon ombilical. Quand dans un délivre l'amnios est déjà séparée spontanément du chorion, il est alors facile de mettre en évidence la membrane moyenne; il suffit d'étendre l'amnios sur un verre, de la soulever avec une pince, et d'en enlever un lambeau; la membrane moyenne reste collée sur le verre, et peut de suite être placée sous un microscope. On peut même la séparer tout simplement avec les doigts. J'ai vérifié cette recherche conjointement avec M. le docteur Naegelé, fils du célèbre professeur de Heidelberg, et en présence de M. A. Lauth, et nous avons obtenu des lambeaux très-considérables d'une membrane extrêmement mince, transparente, d'un aspect brillant et vitreux. Sur un autre délivre j'ai pu détacher facilement avec les doigts la membrane moyenne jusqu'au cordon ombilical, et dans toute la périphérie de l'œuf. M. Bischoff a examiné cette membrane au microscope sous un grossissement de deux à trois cents fois, et lui a trouvé une structure toute particulière. Les planches qui accompagnent sa brochure représentent deux petits lambeaux qui offrent des stries nombreuses, droites, tortueuses ou ramifiées, et qui se croisent irrégulièrement. C'est cette membrane que M. Velpeau décrit comme l'allantoïde chez l'homme. M. Bischoff cherche ensuite à s'expliquer l'origine de cette membrane; il étudie pour cela la vésicule ombilicale, l'allantoïde et l'endochorion, membrane mentionnée pour la première fois par MM. Rutrochet et Burdach, mais envisagée par ces deux anatomistes sous des points de vue différens. Nous ne suivrons pas l'auteur dans ses développemens intéressans; nous dirons seulement qu'il doute de l'existence de l'allantoïde chez l'homme, ou que, si elle existe, elle ne dépasse jamais la gaine du cordon ombilical; qu'il n'a jamais trouvé entre l'amnios et le chorion aucun corps vésiculaire autre que la vésicule ombilicale, mais que celle-ci ne peut nullement donner naissance à la membrane moyenne. Ayant examiné avec soin un certain nombre d'œufs de la quatrième à la huitième semaine, M. Bischoff a vu entre le chorion et l'amnios une substance gélatineuse transparente, parcourue par un tissu excessivement fin. Il a constaté que cette masse diminuait en proportion de l'accroissement de l'œuf; enfin, soumis à un fort grossissement, cette matière floconneuse lui a paru très-riche en vaisseaux, qu'il soupçonne appartenir au système lymphatique. L'auteur ne doute pas que la membrane moyenne ne soit ce même tissu vasculaire transformé en membrane par l'accroissement de l'œuf et par le rapprochement de l'amnios et du chorion; les stries irrégulières dont il a été question plus haut ne seraient, comme le pense M. Bischoff, que des vaisseaux oblitérés.

Dans le quatrième chapitre, qui traite de l'amnios, M. Bischoff parle d'une disposition particulière dont personne n'a encore fait mention. Si l'on examine au microscope la face interne de cette membrane, on la trouve couverte d'une couche épaisse de très-petits globules ayant environ le volume des globules sanguins de l'homme; ils donnent souvent à la surface de l'amnios un aspect tout particulier. Quelquefois ces globules sont réunis par petits groupes disposés assez régulièrement et laissant entre eux des espaces vides. Ces cor-

puscules peuvent s'enlever avec le scalpel ; l'amnios devient alors plus lisse et plus transparente ; ils sont cependant assez adhérens pour ne pas disparaître par le lavage ou par le séjour dans l'eau.

M. Bischoff termine par un appendice sur la nutrition du fœtus, et par un résumé dans lequel il récapitule les points les plus importans traités dans le cours de l'ouvrage.

Nous ne saurions assez recommander l'opuscule de M. Bischoff, l'analyse que nous venons d'en faire ne pouvant en donner qu'une idée très-incomplète.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

JUIN 1834.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

—

Séance du 6 mai.

BAZAR CHIRURGICAL. — M. Thillaye lit un rapport sur un établissement créé par M. Melecot, rue Neuve-Saint-Augustin, N° 37, sous le nom de *Bazar chirurgical*, et sur lequel le ministre demande l'opinion de l'Académie. Le *Bazar chirurgical* est un lieu où sont réunis divers instrumens et appareils auxquels une foule d'accidens force d'avoir recours, et qu'on ne sait pas toujours comment se procurer; tels qu'appareils pour les fractures, baignoires de diverses sortes, brancards pour le transport des malades, béquilles, biberons pour l'allaitement artificiel, bandages divers, cornets acoustiques, bas lacés, moxas, pessaires, etc. Les commissaires de l'Académie ont constaté le bon état des instrumens que M. Melecot offre au public dans son bazar chirurgical. Déjà un pharmacien de la rue Neuve-Saint-Méderic, N° 12, M. Colmet d'Aage, a depuis cinq ans l'habitude de tenir prêts dans son officine des appareils pour les fractures. Mais l'entreprise du bazar chirurgical embrasse tous les besoins de l'art de guérir. La commission propose de répondre au ministre que l'établissement de M. Melecot est de ceux qui méritent d'être encouragés; mais que, pour prévenir le danger de fournir au public des instrumens mal faits, il faut n'en permettre la direction qu'à des individus pourvus d'un titre légal, ainsi qu'on l'exige pour les herboristes, bandagistes-herniaires, dentistes, etc.

DÉVIATIONS LATÉRALES DU RACHIS. *Mémoire de M. le docteur Pravaz; rapport de M. Bricheteau.* — Dans ce mémoire, qui est le troisième de ceux qu'il a lus à l'Académie sur l'orthopédie, M. Pravaz veut prouver que pour corriger les déviations latérales du rachis, il faut associer à la traction exercée sur les deux extrémités de l'épine une pression sur la convexité de l'inflexion de la colonne vertébrale. Un médecin anglais, Benefield, avait déjà conseillé de faire coucher le malade sur le côté correspondant à l'inflexion, et de disposer le lit de manière à ce qu'il exerçât sur cette inflexion une pression propre à la redresser. M. Pravaz a cherché à joindre à cette pression un exercice énergique des puissances musculaires antagonistes, et il a imaginé un appareil qui tour-à-tour est un lit de repos sur lequel se placent les malades dans les intervalles de l'extension, et un moyen de gymnastique. En effet, si on suspend l'appareil comme un cadre de marine, en même temps que le malade y est couché, il peut, à l'aide d'une corde attachée à un mur, se balancer et forcer les muscles qui du bras vont au thorax, à concourir au redressement du rachis. Si on le place sur deux essieux dont l'antérieur est mobile, le malade peut lui-même lui imprimer un mouvement de translation. La commission a reconnu à ce char les quatre avantages suivans: de procurer un décubitus qui soutrait à l'épine le poids de la tête et du thorax, de condamner au repos les muscles antagonistes prédominans, de comprimer efficacement et à son gré la convexité de la courbure rachidienne, enfin d'exercer vigoureusement les muscles antagonistes les plus faibles. M. Pravaz blâme l'usage des béquilles, et pour les remplacer dans les appareils portatifs d'extension et de pression, il a imaginé un corset ordinaire recevant latéralement dans des goussets deux tuteurs en acier, terminés par un croissant convenablement garni, et disposé de façon qu'en même temps qu'il alonge l'épine il presse sur la partie de cette épine qui est convexe. La commission conclut, que ces nouveaux instrumens de M. Pravaz méritent l'approbation de l'Académie. Adopté.

DE L'ÉCLECTISME EN MÉDECINE. *Mémoire de M. Risueno de Amador; rapport de MM. Itard et Bousquet.* — L'idée-mère du mémoire de M. Risueno, est que dans les sciences dont les faits sont complexes, instables, et où les doctrines ne sont pas faites, l'éclectisme est de rigueur, et à ce titre doit dominer dans la médecine. Des remercîmens seront adressés à ce médecin, et son nom inscrit sur la liste des candidats aux places d'adjoints-correspondans.

ENGORGEMENT DES AMYGDALES. — M. Sanson lit un rapport sur un mémoire de M. Deces, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Reims, relatif aux procédés curatifs des engorgemens des amygdales, et particulièrement de celui de Desault. La première partie du mémoire est toute historique, et traite des divers procédés qui ont été successivement employés contre les engorgemens chroniques des amygdales; savoir, *l'évulsion* au moyen de l'ongle, la *ligature*, la *cautérisation*, les *scarifications*, les *douches hydro-sulfureuses*, et la *résection*. C'est à la résection, pratiquée selon la méthode de Desault, un peu simplifiée, que le chirurgien de Reims donne la préférence, et M. Deces cite trois cas où cette méthode lui a réussi. La seconde partie du mémoire a pour objet la comparaison des méthodes et la détermination des cas où chacune d'elles est applicable. Selon M. Deces, *l'évulsion* et les *cautérisations* peuvent convenir dans les engorgemens œdémateux et chroniques des amygdales. La *ligature* et les *scarifications* doivent au contraire n'être jamais employées. *L'excision* est la méthode la plus fréquemment applicable, pratiquée surtout selon la méthode de Desault. Seulement M. Deces a inventé un instrument qu'il appelle *kiotome*, et qui permet que l'opération soit faite avec plus de facilité et de simplicité. Sans croire que M. Deces, par son mémoire, parvienne à réhabiliter le procédé de Desault tombé dans l'oubli, la commission donne des éloges à ce mémoire, et propose que l'auteur soit ins-

crit sur la liste des candidats aux places d'adjoints correspondans. Adopté.

MAGNÉTISME. — M. Maingault se plaint de ce que l'Académie n'a pas discuté le rapport que lui a présenté il y a trois ans la commission du magnétisme; par son silence, l'Acamie semble avoir reconnu véritables les faits avancés par la commision, et avoir adopté les conclusions qu'elle en a déduites. Le rapport de la commission imprimé est partout cité dans la littérature médicale comme œuvre de l'Académie; et, selon lui, il importe que la compagnie fasse connaître qu'elle n'est pour rien dans ce rapport. M. Maingault propose donc que le rapport soit discuté, et il commence la lecture d'un mémoire où le rapport est attaqué. Il continuera dans la séance prochaine.

Séance du 13 mai.

CAPSULES GÉLATINEUSES. *Mémoire de MM. Dublanc et Mothe; rapport de M. Planche.* — Pour rendre plus facile l'administration de certains médicamens dont l'odeur et la saveur sont repoussantes, MM. Dublanc et Mothe ont imaginé de les renfermer dans de petits sphéroïdes en gélatine sèche, qu'ils nomment *capsules gélatineuses.* Ce moyen a l'avantage de s'appliquer aux médicamens liquides aussi bien qu'aux médicamens solides; les capsules gélatineuses qu'ont présentées à l'Académie MM. Dublanc et Mothe, contiennent, les unes du baume de Copahu, les autres de l'essence de térébenthine. Les commissaires ont constaté que bien que préparées depuis trois mois, ces capsules n'ont presque rien perdu de leur poids, ont conservé leur forme, leur solidité, et sont presque complétement inodores. L'enveloppe est faite avec de la gélatine unie à du sucre, et un instrument particulier sert à préparer ces capsules. Les commissaires ne croient pas cependant que les capsules gélatineuses doivent être employées en toutes occasion, beaucoup de médicamens ne pouvant pas être mis en contact avec l'estomac sans être mitigés.

SUCCÉDANÉ DU QUINQUINA. — M. Delens lit un rapport sur une note de M. Bourgeois, chirurgien en chef de l'hôpital du Fort-Neuf à Alger, annonçant la découverte d'une substance propre à remplacer le sulfate de quinine. Ce moyen est l'alun ou le sulfate d'alumine et de potasse. Le rapporteur rappelle que l'on a déjà proposé et employé plusieurs fois l'alun dans le traitement des fièvres intermittentes, et cela sans beaucoup de succès. M. Bourgeois ne cite dans son mémoire aucuns faits à l'appui de son emploi; et dans deux essais qu'en a faits la commission, il n'a pas influé sur la fièvre intermittente, qui plus tard a cédé à une dose égale de sulfate de quinine. Il conclut à ce que M. Bourgeois soit prié de faire connaître en détail les observations pratiques qui lui ont prouvé les propriétés fébrifuges de l'alun.

MAGNÉTISME — M. Maingault achève la lecture de son mémoire sur le magnétisme. Il reproduit sa proposition, que l'Académie engage la discussion sur le rapport que lui a présenté M. Husson au nom de la commission du magnétisme. — MM. Ferrus et Londe appuient cette proposition. — M. Husson consent à la discussion en ce qui concerne les conséquences théoriques qui terminent le rapport; mais elle ne peut s'établir sur les faits rapportés par la commission, et dont elle dit avoir été témoin, puisque personne ne peut élever de doutes sur des faits que neuf médecins consciencieux et éclairés disent avoir recueillis eux-mêmes. — La continuation de ce débat est remise à la séance prochaine.

Séance du 20 mai.

MAGNÉTISME. — La discussion est reprise sur la question de savoir si, sur la demande de M. Maingault, l'Académie mettra à l'ordre du jour de sa prochaine séance la discussion du rapport de M. Husson, sur le magnétisme. — La commission annonce de nouveau, par l'organe de son rapporteur, M. Husson, qu'elle se soumet à la discussion en ce qui concerne les idées théoriques mentionnées dans le rapport, mais qu'elle se refuse à tous débats sur les faits qu'elle mentionne, attendu que personne n'a le droit de contester des faits qu'elle déclare avoir observés. — MM. Rochoux, Maingault, Andral repoussent la distinction faite par M. le rapporteur; non-seulement tout rapport doit être discuté avant d'être adopté, mais on ne peut ainsi séparer les faits et les conclusions qu'on en déduit; la discussion doit pouvoir porter également sur les uns et sur les autres. MM. Bouillaud et Honoré opinent aussi pour que la discussion demandée par M. Maingault s'engage aussitôt, persuadés qu'ils sont que cette discussion mettra en lumière les jongleries des magnétiseurs. — M. Cornac croit aussi que le magnétisme n'est qu'une œuvre de charlatan; mais c'est à cause de cela qu'il veut que l'Académie passe à l'ordre du jour sur la proposition de M. Maingault. — M. Adelon ne croit pas que l'honneur de l'Académie soit aucunement engagé à discuter le rapport de la commission : qu'on se rappelle en effet les antécédens? une proposition est faite à l'Académie de vérifier les faits magnétiques, surtout ceux du somnambulisme, qui étaient inconnus au moment où l'Académie des sciences s'expliqua sur le magnétisme en 1784; cette proposition est consentie, et l'Académie, il y a huit ans, nomme une commission de onze membres à l'effet de faire des expériences et recherches sur le magnétisme animal. Pendant quatre ans cette commission travaille. Au bout de ce temps elle vient vous lire le fruit de ses recherches : voilà l'origine du rapport de M. Husson. Ce rapport contient-il un travail définitif sur le magnétisme; et les faits qu'y a réunis la commission sont-ils tels qu'ils puissent servir à juger la question du magnétisme? Il n'y a pas à hésiter, il faut que l'Académie discute ce rapport, et juge les questions dont il traite. Ce rapport au contraire n'est-il qu'un exposé des recherches de la commission, une simple communication de ses travaux sur la question, mais sans que ces travaux soient suffisans pour mettre à même de résoudre la question? l'Académie peut et doit remettre à de nouveaux rapports de sa commission une discussion qui aujourd'hui ne conduirait à aucuns résultats. C'est donc à la commission à dire, si le rapport qu'elle a présenté est un travail définitif sur le magnétisme, ou un simple compte-rendu de ses recherches sur la question. M. Gueneau de Mussy, membre de la commission, dit qu'en effet le rapport de M. Husson ne doit être considéré que comme un exposé de ses recherches; au bout de trois ans d'existence elle a éprouvé le besoin de dire ce qu'elle avait fait, reconnaissant

elle-même qu'elle ne fournissait pas tous les élémens nécessaires pour la solution de cette question; à ce titre, il demande l'ajournement de toute discussion. — Plusieurs membres, MM. Ferrus, Rochoux, Castel, Desgenettes, ajoutent que le travail lu par M. Husson au nom de la commission du magnétisme, a été si bien considéré comme un rapport, comme tel destiné à être discuté, que l'Académie l'a fait lithographier et distribuer à tous ses membres. — M. Breschet demande que le rapport soit renvoyé à la commission, pour que celle-ci y ajoute les nouveaux faits qu'elle a dû recueillir depuis trois ans : M. Husson répond que la commission, depuis la communication qu'elle a faite à l'Académie, ne s'est pas réunie. — M. Marc expose que la commission était composée de onze membres; que deux de ceux-ci n'ont assisté à aucune de ses séances, mais que les neuf autres ont apporté tout zèle dans leurs recherches, et ne les ont suspendues que quand l'administration des hôpitaux a défendu toutes les expériences magnétique dans les hospices.—M. Keraudren propose de nommer une autre commission pour continuer les recherches magnétiques.—M. Adelon répète que l'Académie n'est nullement dans une position difficile à l'égard du magnétisme : où en est-elle en effet à cet égard ? elle a chargé une commission de faire des recherches sur cette matière; sa commission lui a lu un premier compte-rendu, un premier rapport, si l'on veut; ne trouvant pas dans ce rapport assez de faits pour juger la question, elle ajourne toute discussion jusqu'à ce que cette question soit suffisamment éclaircie. Il termine en proposant à l'Académie de déclarer, que ne regardant le rapport de M. Husson que comme une communication, il n'y a pas lieu à le discuter, et qu'il faut attendre un nouveau rapport de la commission, et engager celle-ci à continuer ses recherches. — Après de vifs débats, cette proposition de M. Adelon est enfin adoptée.

Séance du 27 mai.

M. Husson lit un rapport de M. Renauldin, sur un mémoire de M. le docteur Gasté, intitulé : *Abrégé de l'histoire de la médecine, depuis son origine jusqu'aux écoles chimiques du dix-septième siècle.* Ce mémoire est un abrégé de *l'Histoire de la médecine*, par Sprengel; en trois cents et quelques pages M. Gasté a analysé les quatre premiers volumes de l'auteur allemand, et le rapporteur conclut à remercier M. Gasté, et à placer le nom de ce médecin sur la liste des candidats aux places de correspondans. Adopté.

BUSTE DE M. PERCY. — M. Desgenettes fait un rapport sur l'offre qu'a fait M.me veuve Percy, du buste de son mari, pour être placé dans la salle des séances de l'Académie. Les réglemens veulent qu'aucun buste ne soit agréé que cinq ans après la mort de l'académicien; un plus long-temps s'est écoulé depuis que Percy a été enlevé à la science, et il est inutile de rappeler les grands services de ce célèbre chirurgien : le buste qui est offert est une œuvre du célèbre sculpteur David; à tous ces titres l'Académie doit accepter le beau présent qui lui est fait, et en remercier M.me Percy. Adopté.

MAISONS CENTRALES DE FORCE ET DE CORRECTION. — Un réglement prescrit aux médecins et chirurgiens de ces maisons, de faire, chaque année, un rapport sur les maladies qui y ont régné, sur leurs causes et sur les moyens d'en diminuer l'intensité. Le 15 mars dernier, le ministre a envoyé à l'Académie ceux de ces rapports qui lui ont été soumis pour l'année 1833, avec prière de les examiner, de dire son avis sur ce qu'on y propose relativement à l'amélioration de l'état sanitaire des maisons de détention, et d'exprimer si elle approuve la forme et la rédaction de ces rapports. Il demande, si dans le but de rendre plus utiles les renseignemens sur les maladies et la mortalité de ces maisons, il ne serait pas convenable d'adopter un cadre propre à faire connaître, suivant un classement que déterminerait l'Académie, la fréquence respective de ces maladies, et cela sous forme d'états nominatifs ou numériques. Le bulletin mensuel de la population des infirmeries, divise cette population en vénériens, galeux, dartreux, teigneux, blessés, fiévreux, dysentériques, phthisiques et convalescens; le ministre croit ce cadre trop restreint, et prie l'Académie de le compléter. Enfin, il rappelle, que le réglement prescrit aussi aux médecins et chirurgiens des maisons centrales de détention, de tenir un journal de clinique; et, croyant utile que ce journal soit tenu d'une manière uniforme, il prie l'Académie de lui en donner un modèle et de lui préparer aussi un modèle de cahier de visites.

Une commission a été chargée de préparer la réponse de l'Académie au ministre, et cette commission soumet son travail à l'Académie par l'organe de M. Ferrus, son rapporteur. Les rapports qui sont joints à la lettre du ministre sont ceux des maisons de Montpellier, Cadillac, Fontevrault, Poissy, Nismes, Eysses, Clervaux et Limoges; il manque encore onze de ces rapports : ceux de la maison dite de Beaulieu à Caen, des maisons de Clermont, d'Embrun, d'Ensisheim, de Gaillon, d'Haguenau, de Loos près Lille, de Melun, du Mont-Saint-Michel, de Rennes et de Riom.

La commission analyse d'abord les rapports qui lui ont été envoyés, lesquels sont pour la plupart incomplets et qui en outre ne portent pas sur les maisons de détention les plus importantes par le chiffre de leur population et leurs destinations spéciales. M. Blondeau, médecin de la maison de Cadillac, présente la débauche et l'épuisement qui en est la suite, comme la principale cause des maladies des prisonniers. Il n'y a eu que 11 décès, parmi lesquels se remarque celui de la veuve Bancal, si célèbre dans l'affaire Fualdès. Dans la maison de Montpellier, il n'y a pas eu d'autre épidémie que celle de la *grippe*, qui y a regné deux mois, mais bénigne. Cette même affection catharrale a regné à Fontevrault, mais exclusivement dans le quartier des hommes. MM. Clerc et Courtade, médecins de cette maison, expliquent ce fait par des causes d'insalubrité exclusives au quartier des hommes; ils proposent plusieurs améliorations pour le quartier des scrofuleux; mais on ne peut adopter leur proposition de ne plus faire un quartier separé des galeux, ce serait perpétuer indéfiniment la gale dans la maison de Fontevrault. A Clervaux, les maladies de l'appareil digestif ont été plus communes chez les femmes que chez les hommes, et ceux-ci au contraire ont été atteints en plus grand nombre des maladies de l'appareil respiratoire. Sur 2323 détenus que renferme cette maison, 942 ont été admis à l'infirmerie, et 84 sont décédés. M. Savonin, chirurgien de cette maison, a remarqué que la

classe des calicotiers est la seule qui ait envoyé à l'infirmerie des individus atteints de maladies des articulations, et il explique ce fait par l'humidité à laquelle cette classe d'ouvriers est constamment exposée. A Limoges, l'amélioration apportée dans le régime alimentaire et dans la qualité du pain surtout, a beaucoup diminué les maladies. M. Voisin, chirurgien de la maison de cette ville, a décrit avec beaucoup de soin l'épidémie bilieuse qui y a régné en 1833 ; il a employé avec succès contre la gale, des bains ordinaires, auxquels il faisait ajouter de cinq à sept onces d'acide sulfurique. Le rapport de M. Lefebvre sur la maison de Poissy est remarquable. Les maladies y sont rangées selon l'ordre anatomique, et du reste ne sont pas autres que celles qu'on observe dans la ville. M. Philip, médecin de la maison de Nismes, dit qu'une épidémie de grippe a renforcé en 1833 les prédispositions qu'ont les détenus de cette maison aux affections catharrales. Le rapport de M. Boiteau de Castelnen, chirurgien de la même maison, est fort étendu, et embrasse toutes les questions d'hygiène relatives à une maison de détention. Le rapport de M. Hugonnier, chirurgien de la maison de Eysses, n'offre rien de remarquable ; il n'en est pas de même de celui de M. Lalaurie médecin de cette maison ; tout ce qui est relatif aux constitutions médicales y est traité avec un soin particulier ; une épidémie catharrale, compliquée dans quelques cas d'un œdème des poumons suivant toute apparence, a enlevé quelques prisonniers. Un de ceux-ci tomba dans un affaissement moral considérable, en sortit une première fois par cela seul qu'on lui permit de voir sa femme ; mais étant retombé dans un semblable état, et la consolation qui lui avait été si utile une première fois, n'ayant pu lui être accordée de nouveau, il mourut. La commission se demande si on ne pourrait pas faire de la communication des détenus avec leurs parens un moyen propre, tout à-la-fois, à les consoler et à leur inspirer des désirs de correction. Il faudrait pour cela rendre par degrés ces communications plus fréquentes et plus intimes, et en faire un sujet de récompenses. Rien n'est plus favorable que de réveiller chez les condamnés les affections de famille. A Newgate et en quelques prisons d'Angleterre, on permet aux femmes condamnées de nourrir et d'élever leurs enfans en bas âge ; et jamais aucune n'a manqué à ses devoirs de mère.

Après cette analyse des rapports envoyés, la commission aborde la question des moyens d'améliorer l'état sanitaire des maisons centrales de détention. Ces moyens sont, les uns généraux et applicables à toutes les maisons de détention, les autres spéciaux à chacune d'elles. A l'égard de ces dernières, beaucoup de maisons de détention ont en elles-mêmes des causes d'insalubrité, contre lesquelles réclament avec raison les médecins auteurs des rapports; plusieurs par exemple, sont situées en des lieux bas et humides. Quant aux moyens généraux d'amélioration, la commission les fait consister surtout 1° *dans la surveillance du régime alimentaire et de la confection du pain surtout,* lequel devrait être composé à-peu-près comme celui du soldat : celui qui serait confectionné ainsi que le veut le cahier des charges, ne serait pas mangeable. La commission pense qu'il faudrait donner de la viande aux détenus quatre fois par semaine, au lieu de deux, et permettre aux prisonniers valides et travailleurs d'améliorer à leur gré leur régime ; elle pense que l'administration pourrait elle-même augmenter le nombre des jours où le régime gras est accordé, en faisant une retenue proportionnée sur l'argent que gagnent les prisonniers. Ceux-ci auraient plus d'avantage à recevoir d'elle, que d'aller acheter à haut prix à la cantine des mets qui y sont d'une moins bonne qualité. Leur santé serait meilleure, leur travail plus lucratif, les frais d'infirmerie moindres, et l'on ferait disparaître les cantines actuelles qui transforment les réfectoires en guinguettes, et en lieux de débauche. Ainsi, il pourrait y avoir dans chaque maison de détention plusieurs régimes, et des tables diversement composées. Pour prévenir les abus, l'autorité municipale interviendrait entre les prisonniers et les entrepreneurs de la maison. Le cahier des charges dit qu'on employera pour faire 100 litres de soupe, destinés à la nourriture de 100 détenus, ou 15 kilogrammes de viande de bœuf, ou trois livres de beurre ou deux livres de graisse de porc fondue ; n'est-ce pas là une préparation évidemment trop parcimonieuse ? 2° *Dans la réparation* et *la propreté des vêtemens ;* généralement les vêtemens d'hiver sont donnés trop tard, et retirés trop tôt, et c'est à cela qu'on peut attribuer les épidémies catarrhales si communes dans les prisons; 3° *dans le chauffage des infirmeries et des ateliers,* et l'*établissement de fosses d'aisances mobiles et inodores* ; 4° *dans la précaution d'éviter l'agglomération des détenus ;* 5° *dans la propreté,* et pour cela il faudrait introduire dans les maisons de détention les habitudes et la discipline des casernes ; visiter à de certains intervalles les détenus, les obliger à se baigner une fois par semaine au moins, etc. ; 6° *dans l'interdiction de tous les travaux insalubres.*

La commission juge que les rapports qui lui ont été communiqués ne sont pas rédigés de manière à fournir tous les renseignemens désirables; mais, pour s'expliquer plus complétement à cet égard, elle croit devoir attendre les onze rapports qui lui manquent.

Quant aux renseignemens qu'il faut plus particulièrement réclamer, ce sont surtout ceux relatifs aux causes, à l'invasion, à la marche et à la terminaison des maladies. Il n'est pas essentiel de donner à la description de ces maladies une grande extension ; ce qui importe surtout, c'est de spécifier leur nature particulière, les caractères généraux qu'elles ont présentées, si elles sont contagieuses ou non, et à quelles causes on peut attribuer le développement de la contagion et leur persistance ; si elles sont endémiques ou non ; dans quelles saisons elles se sont développées et sous quelles influences atmosphériques ou autres ; si elles ont été inflammatoires ou asthéniques ; quels organes ou appareils en étaient le siége, etc. Les notes sur les malades devraient contenir aussi les détails des nécropsies, ainsi que les particularités d'organisation du détenu propres à éclairer la phrénologie ; elles devraient mentionner l'âge, la profession, la nature de la condamnation, la durée de la peine, les rapports avec des étrangers, la conduite à l'intérieur, etc.

La commission pense que l'utilité d'un journal de clinique tenu par les médecins et chirurgiens de la maison est incontestable. Elle croit que le modèle doit être le même pour toutes les maisons. Elle approuve aussi le cahier de visite, et propose pour modèle celui employé dans les hôpitaux et pri-

sons de Paris. Enfin, elle regrette que le ministre n'ait pas consulté également l'Académie sur les moyens d'améliorer le moral des détenus, question sur laquelle l'Académie n'est pas moins compétente que pour toutes les précédentes. La discussion de ce rapport est renvoyée à une des prochaines séances.

Séance du 3 juin.

Election d'un titulaire dans la classe ou section de pathologie médicale ; les candidats présentés sont MM. Bricheteau, Ferrus, Lassis et Louis. Au deuxième tour de scrutin, M. Ferrus ayant obtenu sur 84 votans 43 suffrages, est élu.

MONSTRUOSITÉ PAR INCLUSION. *Observation de M. André, de Péronne ; rapport de M. Ollivier, d'Angers.* — Ce dernier, ainsi que la commission dont il est l'interprète, ne considèrent pas comme une monstruosité par inclusion le cas rapporté par M. le docteur André ; ce n'est, selon eux, qu'une tumeur pileuse et dentifère développée dans le testicule d'un enfant ; et en effet le développement de cette tumeur a coïncidé avec le travail de la seconde dentition. Toutefois ce cas, dit le rapporteur, est curieux, et il propose la publication du mémoire de M. André dans le prochain fascicule de l'Académie. Adopté.

PHYSIOLOGIE DE L'ÊTRE HUMAIN. — M. Bousquet lit un rapport sur un mémoire de M. Ribes, professeur à la Faculté de Montpellier, intitulé : *Considérations physiologiques sur la physiologie de l'être humain.* Le système physiologique de M. Ribes n'est ni le vitalisme, ni l'animisme, ni l'organisme ; l'univers n'est pour lui qu'un seul être, immense, infini, et où tout vit : la vie n'est pour lui ni le sentiment, ni le mouvement spontané, ni la température, ni la nutrition, mais *l'action :* comme tout agit et réagit, comme tout est actif et passif, en ce sens tout vit ; seulement cette vie se modifie de mille manières et se présente en des degrés infinis. Delà M. Ribes conclut qu'il faut surtout étudier les choses dans la dépendance où elles sont les unes des autres ; avec les sens on constate les faits palpables, mais il faut y associer l'intelligence, la raison, pour saisir les rapports des choses, et par ces rapports remonter à leurs causes. Il y a deux méthodes de philosopher, dit le rapporteur ; l'une où l'observation précède la raison, c'est la méthode dite *expérimentale*, celle de Bacon ; l'autre où la raison devance l'observation, c'est celle de Descartes. M. Ribes, dans son système, a beaucoup de points de contact avec celui de Descartes. — M. Bousquet termine en demandant que le nom de M. Ribes soit mis sur la liste des candidats aux places de correspondans. Adopté.

Séance du 10 juin.

CONCOURS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE EXTERNE. — M. le président, en exécution du statut universitaire du 18 octobre 1832, tire au sort dans la classe réunie de pathologie chirurgicale et d'opérations, cinq membres de l'Académie, pour faire partie du jury du concours destiné à pourvoir à la chaire vacante par la mort de M. Boyer. Le sort désigne juges titulaires. MM. Larrey, Regnault, Gimelle et Amussat, et juge suppléant, M. Barbier.

CORRESPONDANS. — M. Husson, au nom d'une commission, expose que l'Académie a perdu 57 de ses membres correspondans, et propose pour leur remplacement une liste de 35 médecins, chirurgiens ou vétérinaires. — Quelques membres objectent que dans cette liste se trouvent deux hommes, très-recommandables sans doute, mais qui ne possèdent pas les conditions d'admissibilité prescrites par l'art. 41 du réglement : l'un de ces candidats est M. Girard, de Clermont, qui n'est qu'officier de santé, et l'art. 41 du réglement veut qu'on soit docteur en médecine ou en chirurgie ; l'autre est M. Hurtrel-d'Arboval, qui, vétérinaire distingué, n'a cependant aucun titre légal en médecine-vétérinaire. — D'autres membres objectent que l'art. 8 de la première ordonnance constitutive de l'Académie, dit que les correspondans seront pris de préférence parmi les médecins, chirurgiens, *officiers de santé*, etc., qui auront présenté des travaux à l'Académie ; ils expriment qu'un article du réglement ne peut l'emporter sur un article de l'ordonnance. M. Adelon rappelle que la constitution de l'Académie, établie par l'ordonnance du 20 décembre 1820, et dont on invoque ici l'art. 8 en faveur des officiers de santé, a été changée par une seconde ordonnance du 18 octobre 1829 ; que dans cette seconde ordonnance, le nombre des membres de l'Académie a été restreint des 2/3, et qu'il n'y est plus fait mention de l'aptitude des officiers de santé à être correspondans ; que l'art. 9 de cette seconde ordonnance a ordonné que le réglement de l'Académie fût modifié conformément à la nouvelle constitution de l'Académie, et que c'est par suite, en avril 1830, que fut fait et approuvé par le ministre le réglement dont l'art. 41 exige qu'on soit docteur pour obtenir un titre dans l'Académie. Il pense donc que l'art. du réglement est impératif, d'autant qu'il est en harmonie avec la loi du 19 ventôse an XI, qui prononce l'inadmissibilité des officiers de santé à beaucoup d'emplois médicaux. — Sur la proposition de M. Double, la question soulevée à l'occasion de MM. Girard et Hurtrel-d'Arboval, est renvoyée à l'examen du conseil d'administration. — Quelques membres demandent qu'on aille aux voix sur les 33 autres noms portés dans la liste : M. Adelon demande et obtient le renvoi à une séance prochaine, attendu, 1° que l'art. 47 du réglement veut qu'il ne soit voté sur les rapports de présentation que dans la séance qui suit celle dans laquelle a été fait le rapport ; 2° que l'art. 45 veut que ces rapports soient faits en comité secret ; 3° enfin que l'art. 48 veut que l'élection se fasse au scrutin de liste.

Séance du 17 juin.

COMITÉ SECRET. — CORRESPONDANS. — On reprend la discussion sur le rapport de M. Husson, relatif à une présentation de correspondans : le rapporteur annonce que le conseil n'a pas encore résolu les questions soulevées à l'occasion de MM. Girard et Hurtrel-d'Arboval, mais que la commission propose à l'Académie de procéder à l'élection des 33 autres candidats présentés. — M. le président avertit qu'en vertu des ordonnances et réglemens de l'Académie, les membres adjoints ne doivent pas concourir à l'élection : plusieurs de ces académiciens se récrient contre cette injuste exclusion, et quittent la salle. Quelques membres reprochent à la commission d'avoir oublié des noms honorables, et veulent les

faire ajouter à la liste : il leur est répondu, d'une part, que la commission n'a pas prétendu faire une liste complète, mais seulement présenter les hommes les plus dignes, les plus méritans, laissant à une autre commission à réparer les oublis qu'elle a pu faire ; d'autre part, qu'aucun nom nouveau ne peut être ajouté ainsi spontanément à la liste, puisque le réglement veut que pour toute élection la présentation soit faite par une commission (art. 43). — On procède alors au scrutin, et sont nommés correspondans de l'Académie.

MM. *Balard*, pharmacien à Montpellier ; *Bedor*, chirurgien à Troyes ; *Boissat*, médecin à Périgueux ; *Boucher*, médecin à Versailles ; *Brulatour*, chirurgien à Bordeaux ; *Caffort*, médecin à Narbonne ; *Claret*, médecin à Vannes ; *Deces*, chirurgien à Reims ; *Degland*, médecin à Rennes ; *Dublanc*, pharmacien à Troyes ; *Fabre*, médecin à Puch ; *Fourcauld*, médecin à Houdan ; *Garnot*, médecin à Brest ; *Gasté*, *id.* à Calais ; *Godard*, *id.* à Pontoise ; *Goyrand*, chirurgien à Aix ; *Grand-Claude*, médecin à Remiremont ; *Goupil*, *id.* à Nemours ; *Kuhn*, *id.* à Niderbrown ; *Labesque*, *id.* à Agen ; *Lalo*, *id.* à Espalion ; *Lauth*, chef des travaux anatomiques à Strasbourg ; *Menon*, pharmacien à Tonneins ; *Pallas*, médecin à Saint-Omer ; *Pingeon*, *id.* à Dijon ; *Poncet*, *id.* à Feurs ; *Robert*, *id.* à Marseille ; *Ribes*, *id.* à Montpellier ; *Saucerotte*, *id.* à Lunéville ; *Segond*, *id.* à Cayenne ; *Serres*, *id.* à Montpellier ; *Thevenot*, médecin à Rochefort ; *Toulmouche*, *id.* à Rennes ; *Villette*, *id.* à Compiègne.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

Séance du 2 juin.

TRAITEMENT DE LA COLIQUE DE PLOMB PAR LA LIMONADE SULFURIQUE. — M. Gendrin adresse une lettre dans laquelle il expose quelques nouveaux faits tendant à prouver les effets préservatifs et curatifs de la limonade sulfurique dans le traitement de la colique de plomb. Il rapporte le fait suivant : M. Roard, directeur d'une fabrique de blanc de céruse, a soumis tous les ouvriers qu'il emploie à l'usage de la limonade sulfurique, et depuis ce moment la colique de plomb a disparu de son établissement. En deux mois, quatre ouvriers seulement ont ressenti de légères atteintes de colique, et encore, dit M. Gendrin, cette exception est-elle expliquée par des circonstances particulières à ces ouvriers, et qui eussent pu être évitées. Mais, ajoute-t-il, en même temps que ces résultats ont été constatés pour la colique, on a vu se développer sur six de ces ouvriers, parmi lesquels sont trois des précédens, des accidens étrangers aux organes abdominaux, et qui n'avaient été jusqu'à présent considérés que comme des effets de la colique de plomb, tels que des crampes, de la faiblesse musculaire, ou des symptômes nerveux épileptiformes. Ces accidens, dit M. Gendrin, dépendaient d'une couche d'oxyde et de carbonate de plomb combinés avec l'épiderme. Cette observation, poursuit-il, rend raison de beaucoup d'accidens jusqu'ici difficilement explicables, et montre l'origine des récidives et des accidens qui survenaient si souvent après la guérison des coliques chez des ouvriers soumis habituellement à une grande intensité d'action des causes de la maladie. L'auteur avance que, soit que l'on considère l'acide sulfurique comme moyen curatif ou comme moyen préservatif, il faut l'administrer non-seulement à l'intérieur, mais aussi à l'extérieur. Conformément à cette médication, les ouvriers de la fabrique de M. Roard, en même temps qu'ils prennent en boisson la limonade sulfurique, sont soumis à l'usage des lotions externes.

BLESSURES DE TÊTE ET AUDITION. — M. Larrey présente une pièce pathologique destinée à prouver la vérité d'une assertion relative au mode de guérison des blessures à la tête, consignée dans un de ses précédens mémoires. La plupart des auteurs qui ont traité ce sujet pensent que lorsqu'il y a eu déperdition de la substance du crâne, l'occlusion a lieu par une lame formée aux dépens du péricrâne et de la dure-mère qui se réunissent l'une à l'autre en s'ossifiant à ce point. M. Larrey a avancé, au contraire, que l'ouverture diminue par l'alongement de vaisseaux qui procèdent des bords même de l'ouverture ainsi formée. Dans la pièce qu'il présente, le rétrécissement de l'ouverture paraît s'être en effet opéré de cette manière, et le péricrâne ni la dure-mère ne présentent aucune trace d'ossification. L'occlusion n'a pas été complète, parce qu'une portion du fragment détaché était restée engagée dans l'ouverture. L'individu qui fait le sujet de cette observation a survécu vingt ans à sa blessure, et est mort d'une maladie aiguë tout-à-fait étrangère au premier accident.

M. Larrey rappelle que c'est sur cet individu qu'on été faites les expériences qui tendent à prouver que lorsqu'il existe ainsi une ouverture au crâne, les sons peuvent être transmis autrement que par le conduit externe de l'oreille. En effet, lorsqu'on parlait à cet homme en approchant la bouche du point où existait la solution de continuité dans la boîte cérébrale, et après avoir eu le soin de lui boucher exactement les oreilles, il entendait fort bien ce qu'on lui disait. MM. Serres et Magendie ont été témoins de cette expérience. — M. Magendie dit à ce sujet que les résultats des essais faits en sa présence ne lui ont pas paru assez concluans pour qu'il puisse avoir une idée arrêtée sur la manière dont se faisait dans ce cas l'audition.

Séance du 16 juin.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE COMPARÉES ; CIRCULATION DE LA LYMPHE. — L'Académie reçoit un mémoire *sur l'existence de quatre cœurs distincts ayant des pulsations régulières et liés avec le système nerveux dans certains animaux amphibies ;* par Jean Mueller. Suivant le professeur allemand, dont le travail a été inséré dans les *Philosophical transactions*, 1833, et qui envoie son mémoire à l'Académie des sciences, certains amphibies, la grenouille, par exemple, sont pourvus d'*organes pulsatifs*, de cœurs, destinés à mettre en mouvement la lymphe. Ces cœurs sont au nombre de quatre ; deux postérieurs et deux antérieurs.

Les deux cœurs postérieurs, dans la grenouille, sont situés derrière l'articulation du fémur, dans la région sciatique. Leurs contractions régulières peuvent être vues à travers la

peau, mais plus distinctement encore quand cette membrane est enlevée. Ces cœurs sont placés immédiatement au-dessous du derme. L'artère et la veine sciatique, les plus gros vaisseaux de la cuisse, passent immédiatement sous le cœur, mais le mouvement du sang dans ces vaisseaux n'a point d'action sur lui. Les contractions de ces deux cœurs lymphatiques ne sont pas synchroniques avec celles du cœur sanguin ni avec les mouvemens des poumons, car elles persistent après l'enlèvement du cœur sanguin, et même après qu'on a démembré l'animal. Les pulsations des deux organes, à droite et à gauche, ne sont pas simultanées, mais elles alternent à des intervalles irréguliers. L'organe a environ deux lignes de long, dans le sens de la longueur de l'animal, et une ligne de large. Le liquide mis en mouvement par ces organes est la lymphe; et, si on les insuffle, l'air pénètre dans les espaces lymphatiques qu'on remarque sous la peau de la grenouille. La connexion de l'organe avec le tronc veineux de la cuisse du même côté est très-remarquable, car elle paraît conduire la lymphe des extrémités inférieures, aussi bien que celle de la partie postérieure de l'abdomen et du dos, dans ce tronc veineux. L'union du cœur lymphatique avec une branche de la veine sciatique devient très-visible quand on fait une incision dans l'organe, et qu'on l'injecte avec du vif-argent. Dans ce cas, les veines pour lesquelles la veine sciatique est une afférente, se remplissent de métal. Les cœurs lymphatiques postérieurs sont difficiles à trouver dans la salamandre et le lézard, parce que leur peau est très-adhérente, mais aussi ils sont placés sous la peau, à la racine de la queue, derrière l'os ilium.

Les deux cœurs antérieurs lymphatiques sont situés de chaque côté sur la grande apophyse transverse de la troisième vertèbre. On aperçoit immédiatement l'organe si l'on soulève avec soin l'omoplate et qu'on la coupe partiellement. Il est d'une forme ronde, terminé antérieurement en pointe avec une branche de la veine jugulaire. Le fluide que le cœur lymphatique lance dans cette veine, est de la lymphe; la transparence de l'organe le montre clairement. Jamais M. Mueller n'a pu découvrir de mouvement dans le réservoir de Pecquet, ni dans le canal thoracique chez les mammifères. M. Marschal-Hall et M. Flourens avaient signalé dans certaines veines de quelques animaux amphibies des pulsations. M. Mueller pense que ces pulsations sont dues aux contractions des cœurs lymphatiques, et il assure que quand on interrompt la pulsation de ces cœurs, les pulsations veineuses cessent de leur côté. Cependant M. Flourens dit qu'il persiste à croire à la puissance contractile des veines elles-mêmes; et, suivant lui, leurs contractions sont tout-à-fait indépendantes de celles des cœurs lymphatiques découverts par M. Mueller.

M. Thilorier soumet à l'examen de l'Académie un appareil à l'aide duquel il annonce pouvoir obtenir par la voie chimique et en peu d'instans un litre *d'acide carbonique liquéfié*.

M. Double fait un rapport verbal sur un *Essai de pathologie générale des anciens médecins grecs*, dont l'auteur est M. Sophocle ab oconœmus.

FABRICATION DE CHARPIE. — M. Magendie fait en son nom et celui de M. Serres, un rapport sur la charpie fabriquée par M. Gannal. Le produit que M. Gannal désigne sous le nom de *charpie vierge*, n'est que du chanvre roui, blanchi au chlore, peigné de manière à obtenir différens degrés de finesse, et coupé à la longueur que l'on veut, à raison de la ténuité des brins qui la composent. Cette charpie peut occuper tantôt un volume considérable sous un point donné, ce qui amène une grande économie dans son emploi, et tantôt être réduite à un très-petit volume, ce qui rend le transport facile. Elle n'est pas exposée, comme celle qu'on fait des vieux linges des hôpitaux, à être imprégnée de substances nuisible; elle peut être obtenue à des prix modérés, tandis que la charpie commune devient plus chère à mesure que l'usage des tissus de lin et de chanvre devient plus rare, enfin on peut en obtenir autant qu'on le veut, tandis que de l'autre on ne pourrait en un cas de guerre se procurer tout-à-coup la quantité suffisante.

Après avoir signalé ainsi les avantages du produit présenté par M. Gannal, le rapporteur signale ses inconvéniens, qui consistent: 1° en ce que cette charpie de chanvre s'imbibe mal des liquides que fournissent les blessures et les plaies, de telle sorte que le pus séjourne pendant l'intervalle des pansemens sur les surfaces qui les sécrètent; elle adhère trop fortement aux bords des plaies d'où résultent des tiraillemens toujours douloureux et souvent très-nuisibles; 3° le chlore dont elle est imprégnée excite quelquefois trop fortement les surfaces sur lesquelles on l'applique; mais ce dernier inconvénient disparaîtra quand on le voudra au moyen de lavages préalables. L'emploi du chanvre, comme moyen de panser les plaies de l'homme et des animaux, est aussi ancien que la chirurgie et la science vétérinaire. L'idée même de blanchir cette matière par le chlore avant de la transformer en charpie a déjà été mise en pratique par plusieurs personnes, notamment par Cadet de Vaux et Gama. Ainsi, disent les commissaires, le mérite de M. Gannal consiste dans cette circonstance à fabriquer et à pouvoir fournir en telle qualité qu'on voudra, et à bas prix, une charpie blanche, fine, légère, longue ou courte à volonté, exempte de toute matière animale nuisible, d'un transport commode et d'un emploi facile; que M. Gannal donne à son produit plus de souplesse, qu'il le rende plus propre à s'imbiber, et nous ne doutons pas que l'usage de la charpie vierge ne se répande promptement, surtout dans les hôpitaux militaires et civils.

— M. Larrey poursuit la lecture commencée dans les séances précédentes, de ses observations de clinique chirurgicale.

COMPTE RENDU

DES SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 18 avril 1834.

(PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.)

Fracture des vertèbres. — Chlorose. — Seigle ergoté dans l'avortement. — Plaies par armes à feu. — Croup, trachéotomie.

M. *Nicod* met sous les yeux de la société une colonne épinière présentant cinq vertèbres fracturées ; cet accident fut causé par une roue de voiture qui passa sur le corps d'un homme, lequel vécut quarante jours, d'après ce que rapporte M. Nicod.

M. *Sabatier* fait la lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Existe t-il des cas de variole franche chez des individus qui ont été vaccinés ?*

M. *Forget* fait un rapport verbal sur le compte rendu des travaux de la Société de médecine pratique pendant les années 1831 et 1832, par M. Serrurier, secrétaire-général. Après cette lecture, M. *de Lens* dit qu'il regrette que M. *Forget*, qui, dans son rapport, a fait sentir que M. Serrurier montrait un peu trop de complaisance pour les idées de la Société de médecine pratique, ait lui-même fait preuve de quelque complaisance envers M. Serrurier. C'est ainsi qu'à propos de la chlorose il est dit : que les personnes qui sont atteintes de cette maladie sont souvent attaquées d'affections nerveuses, d'affections cérébrales. On se tromperait étrangement si on prenait ces épiphénomènes pour les causes de la maladie elle-même, car ce qui prouve le contraire, c'est que lorsqu'on guérit la maladie principale tous ces symptômes disparaissent.

M. *Forget* répond avoir dit seulement que cette opinion de M. Nauche peut être soutenue, et que du reste il croit qu'en médecine il n'y a pas d'opinion qu'on ne puisse soutenir. Après cette digression, M. Forget a de nouveau la parole pour lire un rapport sur le *congrès scientifique de France*, dont la première session a été tenue à Caen en 1833.

M. *Chailly* demande à dire quelques mots sur l'emploi du seigle ergoté dans les cas d'avortement et dans les pertes utérines. Il cite trois faits dans lesquels il a administré cette substance avec le plus grand succès. Le plus remarquable est celui d'une femme qui était menacée d'avorter. A son arrivée, il la trouva nageant en quelque sorte dans le sang ; il donna aussitôt un demi-gros de seigle ergoté en trois prises, et la perte cessa comme par enchantement.

M. *Sanson* donne à la Société quelques détails sur les différentes blessures qu'il a été à même d'observer après les événemens qui viennent d'avoir lieu à Paris. Tous les blessés, dit cet honorable médecin, qui sont entrés dans mon service l'ont été par des armes à feu ; du reste, on a beaucoup exagéré dans le monde le nombre des individus qui ont été victimes des déplorables circonstances dans lesquelles nous venons de nous trouver ; il n'est entré à l'Hôtel-Dieu que vingt blessés, et d'après les renseignemens certains que je me suis procurés on n'en compte que cinquante ou soixante en tout dans les divers hôpitaux de la capitale. Une chose bien remarquable, et qui n'a peut-être pas jusqu'à présent assez fixé l'attention des chirurgiens, c'est le mécanisme de la déviation des balles, déviation vraiment extraordinaire dans certains cas : un individu a reçu un coup de feu vers la huitième ou neuvième vertèbre dorsale ; la balle est sortie de la cavité de la poitrine vers la septième côte, s'est portée dans le creux de l'aisselle, puis ensuite a filé le long du bras et est sortie enfin par le coude ; je crois, ajoute M. Sanson, que cette déviation peut très-bien être expliquée ; en général, jusqu'à présent on n'a pas assez tenu compte du mouvement d'impulsion, et surtout du mouvement de rotation qui s'opère dans divers sens, soit de gauche à droite, soit de droite à gauche, et que l'on peut, ce me semble, comparer à l'effet qu'obtiennent les joueurs de billard par la manière dont ils donnent l'impulsion à leurs billes.

J'ai reçu aussi un blessé qui à été frappé d'une balle qui est venue pénétrer par le sacrum et est sortie par la fosse iliaque.

Chez un autre blessé, la balle a pénétré dans la cavité cotyloïde.

Je ferai remarquer que la plupart des blessures sont extrêmement graves ; chez un de ces malheureux, sur la tempe duquel on a appliqué le canon d'un fusil dont on a lâché la détente, toutes les parties osseuses et molles de la face ont été écrasées ; la langue s'est tuméfiée et est tombée presque toute en dehors de la bouche. M. Sanson rend compte de la manière dont cet homme a été opéré ; il lui a fait une espèce de figure en rattachant par des points de suture tous les lambeaux de chair que l'explosion du coup de fusil avait divisés ; il craignait surtout un accident qui peut arriver à la langue lorsque celle-ci n'est plus contenue dans la bouche, c'est qu'elle ne tombât en arrière ; pour prévenir cet inconvénient, il a fait maintenir la langue par des fils qui, de la partie antérieure de cet organe, venaient s'attacher à la partie postérieure de la tête. Cet homme était dans une stupeur générale et dans une sorte d'engourdissement, comme cela se remarque généralement après une commotion violente du cerveau. Il a promptement succombé ; et à l'ouverture de son corps, on a trouvé à la base du crâne, sur les gouttières, un épanchement de sang considérable. Du reste, cette sorte de stupeur dont je viens de parler, dit M. Sanson, existait chez la plupart des blessés qui ont été amenés à l'Hôtel-Dieu ; ils étaient généralement froids ; mais il ne faut pas oublier qu'ils avaient presque tous passé la nuit dans la rue par un temps extrêmement froid.

M. Sanson a aussi pratiqué l'extirpation du bras dans l'article, et à un militaire la résection de la tête de l'humérus ; il a, parmi ses blessés, un individu qui a eu le cubitus brisé à sa partie moyenne par un coup de feu ; il espère conserver le bras en faisant de larges débridemens, il a déjà passé un seton et fait plusieurs applications de sangsues. M. Sanson termine cette communication en disant que la plupart des blessés dont il vient de parler étaient, outre les coups de feu qu'ils avaient reçus, lardés de coups de baïonnettes.

M. *Deville* dit que puisque la Société a paru prendre

quelque intérêt aux détails que lui a donnés M. Sanson, il lui communiquera ce qu'il a observé chez quatre personnes dont il a été chargé de faire l'ouverture et qui avaient succombé à plusieurs blessures qu'elles avaient reçues dans une maison, rue Transnonain, n° 12. (Voyez pour ces détails le cahier d'avril de la *Revue Médicale*). DEVILLE.

SÉANCE DU 2 MAI.—M. *Tanchou* entretient la Société d'un enfant de quatre ans et demi qui a récemment été atteint d'un croup très-intense. Toux et voix croupales, suffocation imminente, renversement de la tête en arrière, injection violacée de la face, tels étaient les principaux symptômes qui ne laissaient aucun doute sur le caractère et le danger de la maladie. Lorsque M. Tanchou fut appelé en consultation, M. Nicod, médecin ordinaire, avait déjà mis en usage l'émétique, une application de sangsues et des sinapismes. M. Tanchou conseilla des purgatifs et un vésicatoire au col. Malgré tous ces moyens, la maladie faisait des progrès, et la mort était ménaçante. M. Tanchou proposa la trachéotomie, qui fut pratiquée immédiatement. L'opération n'offrit rien de particulier. Aussitôt que la trachée eut été largement ouverte, on entendit un bouillonnement dû au passage de l'air à travers des mucosités sanguinolentes. Une canule fut à l'instant placée dans l'ouverture de la trachée; mais, loin de faciliter la sortie des liquides contenus dans ce conduit, elle la fit cesser et détermina une toux violente. Il fallut la remplacer par des agrafes, qui tinrent béantes les lèvres de la plaie. Enfin, les agrafes dénudant les cartilages de la trachée, on leur substitua une lame d'argent recourbée, qui agit de la même manière, mais sans aucun inconvénient.

Du sang et des fausses membranes sortirent en abondance par la plaie. Pour hâter le dégorgement des voies respiratoires, quelques gouttes d'eau tiède furent injectées dans la trachée. Elles augmentèrent d'abord un peu la gêne de la respiration, mais bientôt celle-ci devint beaucoup moindre par la sortie des matières contenues dans le canal aérien. Cette manœuvre fut répétée à plusieurs reprises, et toujours avec le même succès.

Aujourd'hui, 2 mai, l'air sort par le larynx, et tout annonce une guérison prochaine.

M. *Prus* demande à combien de jours remontait l'invasion de la maladie lorsque l'opération a été pratiquée.

M. *Tanchou* répond que la maladie datait de quatre jours.

M. *Maingault* désirerait savoir si l'inflammation était bornée au larynx, ou si elle s'étendait dans la trachée.

M. *Tanchou* déclare que l'inflammation ne paraissait occuper que le larynx.

M. *Bourgeois* demande si l'inflammation ne s'était pas communiquée du pharynx au larynx; et, sur la réponse négative de M. Tanchou, il rappelle l'importance que l'on doit attacher à distinguer le simple gonflement inflammatoire du croup véritable, dans lequel il existe des fausses membranes. Quatre-vingt-dix fois sur cent, le croup commence par les amygdales ou le pharynx. Du reste, M. Bourgeois n'hésite pas à penser que l'opération, qui pourrait être nécessaire dans les deux cas, à été fort utile chez le petit malade dont M. Tanchou vient de rapporter l'histoire.

M. *Tanchou* replique qu'il était impossible de bien voir l'arrière-bouche. Toutefois, il a pu constater que la muqueuse pharyngienne présentait un gonflement inflammatoire, mais sans fausses membranes. On ne peut mettre en doute celles qui existaient, en assez grande quantité, dans le larynx, puisque le malade en a rendu abondamment avant et après l'opération. M. Tanchou pense, au reste, qu'il suffit qu'il y ait suffocation pour autoriser l'opération.

M. *Duparcque* dit que depuis six semaines les laryngites sont fréquentes à Paris. Il a eu occasion de faire l'ouverture de deux enfans morts de cette maladie, mais qu'il n'avait pas vus pendant la vie. Le larynx n'a présenté aucune concrétion. Le gonflement inflammatoire a suffi pour déterminer la mort.

Il a été appelé pour donner des soins à un enfant de deux ans, qui fut pris tout-à-coup, à une heure du matin, de suffocation, de respiration sifflante et de toux croupale. Il ordonna douze sangsues; deux seulement furent appliquées. Le malade mourut dans la soirée.

Chez deux autres, où la maladie éclata par les mêmes symptômes et à la même heure, des sangsues largement appliquées en dessous des clavicules amenèrent une prompte guérison. L'émétique n'a été employé que comme auxiliaire.

Répondant à M. *Devilliers*, qui a vu récemment le croup succéder à des oreillons, M. Duparque déclare que les parotides n'étaient engorgées ni chez les deux sujets dont il a fait l'ouverture, ni chez les enfans qu'il a traités.

M. *Maingault* insiste sur la nécessité de pratiquer l'opération avec beaucoup de lenteur, afin d'éviter que le sang qui s'échappe des vaisseaux artériels, et surtout veineux, ne vienne compromettre le succès.

M. *Tanchou*, quant à la crainte manifestée par le préopinant relativement à des hémorrhagies veineuses, la regarde comme exagérée. M. Trousseau a dit avec raison qu'aussitôt que la trachée est ouverte l'hémorrhagie cesse.

M. *Collineau*, se fondant sur la possibilité d'obtenir la guérison des affections inflammatoires du larynx et de la trachée, sans opération, n'oserait affirmer que celle-ci fût jamais nécessaire.

M. *Nicod* insiste sur l'utilité, trop long-temps méconnue des sangsues dans le traitement du croup.

M. *Roche* fait un rapport favorable sur les titres que fait valoir M. Lemoine pour obtenir son admission comme membre résidant de la Société. On procède au scrutin secret. Cette admission est prononcée.

Sur un rapport favorable lu au nom de M. Fauverges, M. *Gergens*, médecin de Mayence inspecteur des eaux de Wisbaden, est proclamé membre correspondant de la Société

Le secrétaire particulier; PRUS.
Le secrétaire général, FORGET

BULLETIN

MÉDICAL BELGE.

Journal

DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE,

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES;

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION

DE M. LE DOCTEUR J.-R. MARINUS.

N° 8 — AOUT , 1834.

Bruxelles,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, QUAI AU FOIN, N° 33.

1834.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

N° 7. — JUILLET 1834.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

Observations de fièvres typhoïdes compliquées; *par le Docteur* Fallot, *médecin principal à l'hôpital militaire de Namur.*

Parmi les fièvres typhoïdes observées dans notre hôpital, pendant le trimestre d'hiver, il s'en trouve deux qui se distinguent par des caractères peu communs. Si j'en crois l'inutilité de mes recherches, après des cas semblables, dans les auteurs que je possède, c'est à titre de leur singularité que je les ai jugées dignes d'être publiées.

Première Observation. Fièvre typhoïde ; douleur et gonflement articulaires : pemphigus ; ulcères gangréneux. — Gastro-entérite folliculeuse ; méningite ; carie; dépôts purulens nombreux dans l'appareil locomoteur.

Le 22 janvier nous reçûmes à l'hôpital le nommé Goslin, chasseur, vingt-deux ans, blond, élancé, mince. Quoiqu'il ait fait son service jusqu'à l'avant-veille du jour de son entrée, et n'ait plus été dans les hôpitaux depuis trois mois, nous le trouvons dans l'état de dépérissement le plus marqué : teint jaune-paille, maigreur fort avancée, crachats purulens, striés de sang; matité et râle vésiculaire à la base du poumon gauche, dans le sommet duquel on entend distinctement de la pectoriloquie; peau sèche, terreuse, aride ; pouls vif, animé à plus de cent ; diarrhée. La seule chose dont il se plaigne, c'est de lassitude générale et de douleur au genou gauche, dont l'articulation est chaude et gonflée. Interrogé sur l'origine et la durée de cette douleur, il nous dit qu'elle a résidé d'abord au coude, d'où elle a actuellement disparu. Mais quelle est notre surprise quand, en l'examinant, nous le rencontrons gonflé, occupé antérieurement et postérieurement par une dizaine de petites ulcérations rondes, comme faites par un emporte-pièce, à fond lardacé, à bords durs, taillées à pic et entourées d'une aréole d'un rouge livide : au-dessous existe une fluctuation évidente. Saignée générale ; ouverture du dépôt, d'où s'écoule du pus sanieux, noirâtre ; la sonde va frapper l'olécrâne dénudé. Le lendemain, toutes ces petites ulcérations sont confondues en un large ulcère gangréneux. Le pouls ne perd ni de sa fréquence ni de sa dureté ; langue blanche, sèche, rugueuse ; soif insatiable; et au milieu de tout cela, le malade réclame avec instance des alimens. La région sus-orbitaire droite se couvre ensuite de petites ulcérations comme celles qui existaient au coude. Le lendemain, on trouve là aussi une large gangrène à bords irrégulièrement découpés ; la paupière correspondante est érysipélateuse, dure, abaissée. Une désorganisation pareille se manifeste autour du menton, à l'aile gauche du nez et sur la crête du tibia gauche, où, en vingt-quatre heures de temps, il se forme un abcès gangréneux grand comme un écu de cinq francs. Éruption pemphygoïde sur la face, le cou, les membres thora-

ciques ; la plupart des boutons se remplissent de pus épais, jaunâtre; d'autres sont à l'état de tubercules durs, à base bleuâtre. Les uns et les autres passent à la gangrène, du jour au lendemain. Délire tantôt furieux, tantôt sourd ; carphologie, convulsions, selles sanglantes, involontaires; rétention d'urines. Mort le 2 février. On ne donna à l'intérieur que de la limonade minérale.

Autopsie vingt-huit heures après sa mort.

Habitude extérieure. Cicatrices nombreuses, rondes, minces, sur le tronc et les extrémités, provenant d'anciens ulcères guéris. Les boutons pemphygoïdes sont affaissés; le tissu cellulaire sous-jacent est jaune, pareil à du lard ranci. Épaississement considérable, et infiltration de pus jaunâtre des tégumens de la région sus-orbitaire droite ; dénudation et carie superficielle de l'apophyse orbitaire externe du frontal; tissu cellulaire graisseux du fond de l'orbite, lardifié, d'un jaune safrané, infiltré de pus.

Appareil sensitif interne. Congestion sanguine de l'encéphale, système veineux et plexus choroïde gorgés de sang, infiltration séro-sanglante du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, épaississement et adhérence de la méningite à la substance centrale sur le lobule antérieur droit; cette substance même ne présente, ni là ni ailleurs, la moindre altération.

Appareil respiratoire. Plèvre gauche considérablement épaissie, opaque et parsemée de plaques jaunâtres; infiltration tuberculeuse dans toute son étendue ; dans le lobe supérieur, cavités de la grandeur d'une aveline, à demi-remplies d'un liquide blanchâtre de la consistance de bouillie. L'inférieur est à l'état d'hépatisation rouge, sur lequel tranchent admirablement, par leur couleur blanchâtre, des agglomérations multipliées, de tubercules, presque tous à l'état cru. En pressant sur cette partie du poumon, on en exprime des flots de liquide grisâtre, écumeux, mais la lotion, ni la macération, ne la fait pâlir. Le poumon droit est également farci de tubercules qui, par leur réunion sous la plèvre, lui donnent un aspect bosselé ; il n'offre aucune trace d'inflammation.

Appareil digestif et annexes. Liquide citrin, trouble dans l'abdomen, système veineux plein de sang noir, épais, poisseux ; foie débordant de deux doigts les fausses côtes, mais sain. La muqueuse de l'estomac et du duodénum est d'un gris ardoisé, semé d'innombrables vergetures rouges, dont la macération n'a pas altéré la couleur. Rougeur uniforme, profonde, d'abord par zônes et interrompue, ensuite générale de tout le reste de la muqueuse de l'intestin grêle.

Infiltration de sang dans cette membrane, dont on l'exprime par la pression : beaucoup de sang libre tapissant les parois ; les plaques folliculeuses sont très-développées, saillantes, bleues, ulcérées.

Appareil locomoteur. Tissu osseux en général ramolli; on tord les côtes comme du bois vert. Tissu cellulaire sous-jacent à l'ulcération du coude, friable, infiltré de sanie noirâtre et réduit en partie en putrilage; olécrâne carié, articulation ouverte, abreuvée de sanie. Carie du condyle interne du fémur gauche ; destruction du cartilage du rebord du condyle, et du centre du fibro-cartilage inter-articulaire. Pus abondant dans l'articulation et autour, savoir dans la gaîne tendineuse du couturier et celle du droit antérieur; fusée de pus rosé le long de la face interne du ligament interosseux, du même côté, depuis la tubérosité du tibia jusqu'au tiers inférieur de la jambe ; renflée à son centre, s'amincissant vers ses deux extrémités, séparée des muscles par un tissu cellulaire mince, transparent, parcouru par de nombreux vaisseaux fort injectés ; elle se présente sous forme de laitance de poisson.

Plus bas, le tissu cellulaire inter-musculaire contient une matière filante, semblable, pour la consistance et la couleur, à de l'huile de colza. On trouve dans les muscles des deux extrémités inférieures une quantité considérable de petits abcès, les uns pleins de pus blanc et homogène, d'autres sanglans et grumeleux, creusés dans l'épaisseur des faisceaux musculaires écartés, quelques-uns immédiatement sous l'aponévrose qui en forme une des parois, mais les autres dans leur profondeur même. L'abcès placé sur le tibia descend jusque sur l'os.

2e *Observat.* Chute sur le cou; fièvre typhoïde; pemphigus; escarrhes gangréneuses.—Gastro-entérite folliculeuse; congestion sanguine du cerveau; dépôts purulens très nombreux dans l'appareil locomoteur et dans le gros intestin, etc.

Le nommé Jallet, vingt-trois ans, grand, très-blanc, bien conformé, fut admis à l'hôpital

le 8 mars 1834. Six jours avant son entrée, il a fait une chute, en portant un sac d'avoine sur l'épaule droite; il s'en est suivi incontinent une douleur très-vive, qui cependant s'est calmée dans la journée, mais s'est réveillée depuis deux jours. Les souffrances aiguës excitées par les mouvemens de la tête quelque peu étendus qu'ils soient, ne permettent au malade d'en exercer aucun; supportables dans la journée, pourvu que le malade ne change pas d'attitude, elles sont tellement continues et poignantes pendant la nuit, qu'elles le privent de tout sommeil. A la région latérale et postérieure du cou existe une tumeur dure, rénitente, chaude, sans altération de la couleur des tégumens. Quand on la presse, le malade dit y sentir des picotemens semblables à ceux que produiraient des aiguilles. Face profondément tirée, pâle, souffrante; regard inquiet; tremblottement des muscles de la face; peau chaude, sans aridité; pouls petit, confus, à plus de cent soixante pulsations; dès qu'on assied le malade, elles deviennent tellement fréquentes et précipitées qu'on ne peut plus les compter, mais se ralentissent un peu et se régularisent quelques instans après qu'on l'a recouché; langue blanche, humide; soif très-vive; ventre mou; selles naturelles; urines abondantes, limpides, citrines. Une saignée générale et trois locales, faites dans les premières quarante-huit heures; des cataplasmes de graine de lin anodinés, rendirent la douleur plus supportable, mais ne l'enlevèrent pas complétement; la rénitence seulement fit place à l'empâtement; le doigt s'enfonce et son impression reste. Le pouls conserva la même fréquence, les traits leur altération. Le troisième jour de l'entrée, le côté gauche du cou se gonfla, ensuite la région parotidienne, sans exaltation de la sensibilité des parties; la langue se sécha et devint comme grenue; des mouvemens spasmodiques agitèrent les deux bras. La persistance de l'excessive fréquence du pouls, malgré les émissions sanguines répétées, me semblant les contre-indiquer, et l'irritation cérébrale augmentant, on eut recours aux dérivatifs cutanés. A l'intérieur, rien ne fut administré que des boissons rafraîchissantes.

Quelques boutons pemphygoïdes, entourés d'une aréole inflammatoire, apparaissent sur le tronc, la face et les membres; et sur la bosse frontale droite, un ulcère gangréneux. Des tumeurs molles, fluctuantes, de grandeur variable, douloureuses, s'observent dans la continuité des membres, tant supérieurs qu'inférieurs, sans aucun changement de couleur à la peau qui les recouvre. Délire bruyant; le malade chante et crie toute la nuit et le jour, il n'a pas un instant de repos; selles involontaires, vertes; urines jumenteuses; odeur de souris très-pénétrante. L'éruption pemphygoïde augmente; à côté de larges boutons remplis de pus opaque, apparaissent des maculations bleuâtres, phlycténoïdes; convulsions affreuses; grincement de dents; voix puérile; parole inintelligible; météorisme; langue sèche, grise, râpeuse; pouls filiforme, tellement rapide et confus qu'on ne peut le compter; gangrène étendue au coccyx, survenue en peu d'heures. Mort le 20, à sept heures du matin.

Autopsie. A l'exception de son injection sanguine, la masse encéphalique n'offre rien de remarquable.

Le tissu cellulaire sous-cutané du cou est augmenté d'épaisseur et infiltré par une matière gélatiniforme jaunâtre. Les muscles de ses régions latérales et postérieure, sont d'un rouge vermeil dans toute leur épaisseur, pénétrés de beaucoup de sang et criblés de points purulens, disséminés en quantité innombrable sous forme de gouttelettes qu'on exprime comme d'une éponge, ou confluens en abcès; sur le mastoïdien droit, il en existe un de la grosseur d'un petit œuf. Les tumeurs mollasses signalées dans la continuité des membres pendant la vie, sont formées par des foyers purulens creusés dans l'épaisseur même des muscles, dont ils ont écarté et comme disséqué les fibres. Dans le cubital postérieur et le deltoïde droits, dans le tibial antérieur gauche, la suppuration est accumulée en large apostème, et fuse entre les fascicules des muscles. On en rencontre une quantité innombrable dans les plans musculeux profonds, variant en grandeur depuis une noisette jusqu'à un grain d'orge. Dans le triceps brachial droit, nous en comptons plus de vingt, et ce n'est pas encore celui qui en contient le plus. Partout le pus est directement en contact avec la fibre musculaire, sans l'interposition d'aucune substance étrangère, et quand on l'enlève, il demeure une dépression de la forme qu'avait l'amas purulent. Ceux qui occupent la superficie d'un muscle lui donnent l'aspect de viande lardée. Il y en a beaucoup moins dans ceux du tronc que dans ceux des extrémités. Autour des petits foyers purulens la substance musculaire a sa couleur et sa consistance na-

turelles, mais près des grands elle est plus humide, moins compacte; le tissu cellulaire interstitiel me paraît injecté, mais les fibres musculaires n'ont rien perdu de leur ténacité. Nous avons répété nos expériences sur ce point, sans reconnaître aucune différence.

Les ampoules phlycténoïdes sont flétries, le tissu cellulaire sous-jacent est jaunâtre et infiltré d'une espèce de fluide gélatiniforme. Il en est de même de celui qui est placé au-dessous de l'escharre gangréneuse occupant la bosse frontale droite.

L'estomac et l'intestin grêle sont vides, le gros contient quelques cuillerées d'un pus crémeux, homogène, bien lié, libre dans sa cavité. La muqueuse stomacale est comme marbrée; des plaques et veinures rouges interrompent la teinte grisâtre du reste de son étendue.

Le commencement de l'intestin grêle est d'un jaune safrané, parcouru par quelques arborisations rouges. Dès l'entrée dans l'iléon, on rencontre déjà une première plaque ovalaire, brunâtre, et un peu plus bas une quantité d'ulcérations. Tout le long de l'intestin, les plaques de Peyer sont tuméfiées, rugueuses, ulcérées à leur centre. Elles se confondent fréquemment par les extrémités de leurs ovales, et constituent de longues traînées. D'innombrables petits ulcères, à bords taillés à pic, s'observent autour et dans leurs intervalles; la muqueuse du gros intestin est grenue, d'un rouge très-vif en quelques points, d'un blanc grisâtre dans d'autres. La rate est volumineuse, ramollie; le foie décoloré et friable.

Le système artériel est vide, le veineux rempli de sang noirâtre, liquide, mais sans aucun mélange de matière purulente; le cœur un peu plus volumineux que le poing du sujet, est tellement mollasse qu'on le déchire facilement avec le manche du scalpel; ses cavités droites sont remplies par des concrétions polypiformes : on en rencontre de pareilles dans les veines pulmonaires.

Les poumons sont affaissés, unis aux côtes par des membranes anciennes, du reste sain.

Amputation partielle du pied, *entre les os du tarse, par le Docteur* Thunot, *chirurgien en chef de l'hôpital civil de Tournay.*

En 1831, Pierre Havet, concierge, âgé de 59 ans, d'une constitution sèche, pendant un effort qu'il fit, en s'allongeant sur la pointe du pied droit, pour saisir un objet qu'il ne pouvait atteindre, ressentit dans l'articulation tarso-métatarsienne une douleur assez vive qu'il compara à une crampe. Quelques jours après, se trouvant dans la foule au conseil de milice, un villageois marcha précisement sur le même pied avec une telle force que les clous de ses souliers y laissèrent une empreinte bien sensible. L'ecchymose résultant de ce froissement ne tarda pas à disparaître, mais il resta toujours depuis lors quelque douleur sourde dans cette partie. Plus tard, un gonflement pâteux, une légère teinte rosée de la peau, etc., indiquèrent l'ostéite arrivée à certain degré. Un homme de l'art appelé à cette époque conseilla l'application de cataplasmes émolliens qui furent continués pendant plus de six mois et remplacés alors par des maturatifs. Ces derniers produisirent le ramollissement de la tumeur qui, s'ouvrant spontanément, donna issue à un pus fétide, sanieux, sanguinolent, dont la consistance et l'odeur varièrent souvent.

Cet homme, se croyant sauvé par l'abcession de ce gonflement se contenta de panser longtemps avec de la charpie sèche les ulcérations qui en résultèrent. Mais voyant que la suppuration loin de tarir, se faisait jour par de nouveaux orifices fistuleux, il me fit appeler au commencement de 1833.

Je trouvai le pied dans l'état suivant : la face dorsale était tuméfiée depuis l'articulation tibio-astragalienne jusqu'aux premières phalanges des orteils; la peau amincie, d'une teinte violacée, était perforée par deux orifices fistuleux, dont l'un sur le bord tibial, répondait au scaphoïde, le second vers la réunion du troisième cunéiforme avec le troisième métatarsien. Une troisième ouverture existait à la face plantaire au point diamétralement opposé à la précédente. Un stylet introduit dans ces différens trajets me mena sans peine dans la substance osseuse, friable et ramollie en laquelle étaient convertis les os du tarse et les extrémités supérieures de quelques métatarsiens.

Avant d'entreprendre aucun traitement, je fis appliquer, en plusieurs jours, vingt sangsues qui calmèrent la violence des douleurs qu'accusait le malade, surtout la nuit. J'aggrandis alors les ouvertures fistuleuses que je maintins dilatées à l'aide de l'éponge préparée, espérant que la cautérisation et l'exfoliation de quelque portion osseuse mettrait fin à la maladie. Mais tous ces moyens et plusieurs autres échouèrent; et enfin persuadé qu'il ne pouvait guérir que par l'ablation de la partie affectée, Havet se rendit à l'hôpital dans le dessein de se faire opérer; et il le fut en effet le 9 mai 1833.

Le pied saisi de la main gauche, une incision transversale à convexité antérieure pratiquée sur les articulations calcanéo-cuboïdienne et scaphoïdienne tomba immédiatement sur les limites du mal; l'extension forcée du pied procura une légère disjonction qui permit au couteau de pénétrer dans ces articulations et d'opérer la section des ligamens qui les affermissent. Le lambeau formé par les chairs de la face plantaire fut ensuite renversé de bas en haut sur les surfaces mises à nu. Les artères furent liées, l'orifice fistuleux qui se trouvait vers le milieu de ce lambeau fut réduit à l'état de plaie simple par une incision de six à huit lignes pour donner issue à la suppuration, et le tout fut maintenu par des bandelettes agglutinatives et un bandage approprié. Vers le soir il se manifesta une hémorrhagie que la compression de l'artère crurale fit cesser promptement.

Les jours suivans, aucun accident n'incommoda le malade qui put même reposer la nuit Le quatrième jour, la suppuration étant établie, il se forma le long du trajet des tendons fléchisseurs des orteils des végétations cellulo-vasculeuses qui dépassaient les lèvres de la plaie de 4 à 5 lignes, et dont la chute fut suivie de l'exfoliation de ces tendons. Ces excroissances occasionant souvent de petites hémorrhagies à la levée des appareils, on eut recours, pour les arrêter, à une poudre composée de charbon, gomme arabique et colophane. Malgré l'emploi de divers dessicatifs, et les pansemens les plus méthodiques, il s'écoula cinq mois environ avant qu'on pût remarquer quelques points de cicatrisation solide : mais aujourd'hui Havet est parfaitement guéri et se sert de son demi pied avec facilité.

Tableau des plantes officinales, *qui croissent sur le sol de la Belgique ;* par F. Dubois, *Docteur en médecine à Tournay.*

> Cæci ruimus in rerum remotissimarum à nobis ampleous, patriarum et ignari et incurii. (Scheuchzer, it. Alp.)

Ce tableau est le résumé d'un ouvrage plus étendu que je me propose de publier incessamment sur les plantes officinales qui croissent sur le sol de la Belgique : j'ai cru qu'il ne serait peut-être pas sans intérêt pour les nombreux lecteurs de ce recueil, de leur offrir l'inventaire de nos végétaux indigènes utiles en médecine, dont l'application à la pratique paraît être trop généralement négligée parmi nous. Il y a, à mon avis, des avantages réels à se servir des plantes de son pays; outre les sommes considérables qu'on empêche d'en sortir, on peut se procurer des médicamens plus frais, moins falsifiés, moins chers, plus faciles à renouveler, et peut-être d'une nature plus appropriée à l'organisation des habitans, puisqu'ils sont produits sur le même sol, influencés par le même air, la même température, etc.

C'est donc une étude obligée, indispensable, que celles des productions naturelles de son pays, surtout quand on réfléchit que les produits des végétaux, en apparence les plus vulgaires, offrent souvent des précieuses ressources en thérapeutique. Ainsi dans les pays les moins favorisés de la nature, on voit certaines plantes être doucés de propriétés infinies dont on ne se doute pas dans les climats plus riches où les choses nécessaires aux besoins de la vie surabondent; tels sont le bouleau en Norwège, les pins dans les montagnes alpines, etc. Celui qui connaît les productions de son voisinage peut leur rapporter les propriétés de celles

des analogues qui sont exotiques, ou du moins chercher à les y retrouver. Il importe donc de populariser autant qu'il est en nous la connaissance des végétaux précieux qui croissent en abondance sur le sol heureux de notre pays : c'est le but que je me suis proposé dans cette notice.

PLANTES ÉMOLLIENTES.

FAM. DES MALVACÉES. (JUSS.)

Guimauve offic., *Althea offic.*, Lin., assez rare dans nos provinces. On la trouve entre Gand et Bruges (Roucel); le long de la Meuse près de Maseyck (Lejeune), à Wic près de Condé (Hocquart).

Mauve à feuilles rondes, *Malva rotundifolia*, L., abondante dans les lieux incultes qui avoisinent les habitations, sur le bord des chemins, et dans les champs un peu humides.

FAM. DES LINACÉES. (DEC.)

Lin vulgaire, *Linum usitatissimum*, L., abondamment cultivé.

FAM. DES GRAMINÉES. (JUSS.) — TRIBU TRITICÉES. (DUMORTIER.)

Chiendent rampant, *Triticum repens*, L., très-fréquent dans nos champs et nos jardins.
Froment cultivé, *Triticum sativum*, L., cultivé partout.
Avoine cultivée, *Avena sativa*, L., cultivée partout.
Orge vulgaire, *Hordeum vulgare*, L., cultivé partout.

FAM. DES URTICÉES. (JUSS.)— TRIBU CANNABINÉES. (DUM.)

Chanvre cultivé, *Cannabis sativa*, L., cultivé pour l'usage économique.

FAM. DES BORRAGINÉES. (JUSS.) — TRIBU LITHOSPERMÉES. (DUM.)

Pulmonaire offic., *Pulmonaria offic.*, L, Dans le Hainaut, à Cherg et à Enghien (Hocq.), dans le bois de Soigne et le parc de Tervueren, (Kickx Rouc.), les bois de la Flandre orientale (Mussche).

Grande consoude, *Symphitum offic.*, L., très-fréquente le long des eaux.

Bourrache offic., *Borrago offic.*, L., dans les environs de Hal (Rouc.); dans les champs de la Flandre orientale et de la province de Liége (Musch. Lej.).

Cynoglosse offic., *Cynoglossum offic.*, L., assez commune dans les bois, les lieux incultes, pierreux et sablonneux.

FAM. DES VERBACINÉES. (DUM.)

Bouillon blanc, *Verbascum thapsus*, L., dans les jardins, les chemins, les lieux incultes, etc.

FAM. DES OMBELLIFÈRES. (JUSS.) — TRIBU CAUCALIDÉES. (DUM.)

Carotte vulgaire, *Daulus vulg.*, L., croît spontanément dans les prés, sur le bord des champs, cultivée dans les jardins.

FAM. DES AMARANTHACÉES. (A. BR.)— TRIBU ANSERINÉES. (DUM.)

Bette vulgaire, *Beta vulg.*, L., cultivée dans les jardins.

PLANTES TEMPÉRANTES.

FAM. DES POLYGONÉES. (JUSS.) — TRIBU RUMICÉES. (DUM.)

Oseille commune, *Rumx acetosa*, dans les prés et les jardins.

FAM. DES OXALIDÉES. (RICH.)

Surelle blanche, *Oxalis acetosella*, L. assez commune dans les bois ombragés et les haies.

FAM. DES GROSSULACÉES. (MIRB.)

Groseiller rouge, *Ribes rubr.*, L., dans les jardins et les haies.

FAM. DES ROSACÉES. (JUSS.) — TRIBU AMYGDALÉES. (JUSS.)

Cerisier vulgaire, *Cerasus vulg.*, Mil., cultivé dans nos jardins.
Prunier domestique, *Prunus domestica*, L. dans les jardins.

FAM. DES VACCINIÉES. (BATSCH.)

Airelle myrtille, *Vaccinium myrtillus*, L., dans les bois montueux.

FAM. DES BERBERIDÉES. (JUSS.)

Épine-vinette, *Berberis vulg.*, L., dans tous les bois.

PLANTES TONIQUES.

FAM. DES GENTIANÉES. (JUSS.)— SUBT. CHIRONIÉES. (DUM.)

Petite centaurée, *Gentiana cent.*, Lin., très-commune dans les bois humides.

TRIBU MENIANTHÉES.

Ménianthe trifolié, *Menianthes trifoliata*, L., lieux aquatiques, a Tournay, Bruxelles, Hollain, Castiau, Cuesnes, St.-Denis (Hocq.); près de Spa, Theux, Malmédy, etc. (Lej.); dans les fossés de la Flandre orientale, (Musch.).

FAM. DES SYNANTHERÉES. (CASS.) — TRIBU CARDUACÉES. (CASS.)

Chausse-trappe, *Centaurea calcitrapa*, L., très-commune sur le bord des chemins, les lieux stériles et incultes.

TRIBU LACTUCÉES. (ADANS.)

Chicorée sauvage, *Cichorium intybus*, L., spont. sur le bord des chemins : cultivée.

SUBT. ÉNULÉES. (CASS.)

Aunée, *Enula campana*, L., le long des fossés et des étangs; dans les deux Flandres, le Brabant méridional (Roue.), le Limbourg, entre Tongres et St.-Trond; dans le Hainaut, à Sars-lez-Eugies (Hocq.).

SUBT. TUSSILAGINÉES. (CASS.)

Tussilage, *Tussilago farfara*, L., très-fréquent dans les terrains argilleux.

FAM. DES URTICÉES. (JUSS.) — TRIBU CANNABINÉES. (DUM.)

Houblon, *Humulus lupulus*, L., cultivé ; spont. dans les haies.

FAM. DES POLYGONÉES. (JUSS.) — TRIBU RUMICÉES. (DUM.)

Patience comm., *Rumex patientia*, L., dans les prairies, le long de la Vesdre, entre Ver-

viers et Limbourg ; dans les environs de Maestricht (Lej.), dans les prairies de la province du Hainaut (Hocq.).

FAM. DES FUMARIACÉES. (DEC.)

Fumeterre offic., *Fumaria offic.*, L., partout dans les lieux cultivés.

FAM. DES SCROPHULARIÉES. (JUSS.)

Scrofulaire noueuse, *Scrophularia nodosa*, L., dans les haies et les lieux ombragés.
Véronique off., *Veronica offic.*, L., dans les haies et les bois.
Véronique crussonnée, *Veronica beccabunga*, L., dans les ruisseaux et près des fontaines.

FAM. DES CARYOPHILLÉES. (JUSS.) — TRIBU SILENÉES. (DEC.)

Saponaire offic., *Saponaria offic.*, L., assez commune dans la province de Liége (Lej.); dans les environs de Bruxelles (Rouc.), de Chimay, de Mons (Hocq.).

FAM. DES FUCACÉES. (JUSS.)

Varec vésiculeux, *Fucus vesiculosus*, L., commun sur les bords de la mer, du côté d'Ostende et ailleurs, sur les rives de l'Escaut, au-dessous d'Anvers, vers Lillo, etc. (Rouc.)
Varec noueux, *Fucus nodosus*, L., sur les bords de la mer (Rouc.).
Varec capillaire, *Fucus capillareus*, Dec., sur les bords de la mer : elle n'est pas rare sur les pilotis des batardeaux, devant Ostende (idem).
Ulve plume-de-paon, *Ulva pavonia*, L., sur les bords de la mer, attachée sur les pierres et les coquillages (idem). (*)

FAM. DES RHAMNÉES.

Houx épineux, *Ilex aquilifol.*, L., fréquent dans les haies et les bois.

FAM. DES LILIACÉES. (LAM.)

Lilas commun, *Syringa vulgaris*, L. cultivé pour l'ornement des jardins, spontané sur les rochers près de Malmedy (Dum.).

FAM. DES LICHENÉES. (JUSS.)

Lichen pulmonaire, *Lichen pulmonaris*, L., dans nos bois, sur le tronc des vieux arbres : il n'est pas rare dans la forêt de Soigne et de Berghem (Kikx, Rouc.).
Lichen de chien, *Lichen caninus*, L., dans les bois sur la mousse et sur la terre.
Lichen des murs, *Lichen parietinus*, L., très-commun sur les murailles, les pierres et l'écorce des arbres.
Lichen pixide, *Lichen pixidatus*, L., Dans les lieux stériles, sur les murs et au bord des allées des bois.

PLANTES ASTRINGENTES.

FAM. DES POLYGONÉES. (JUSS.) — TRIBU PERSICARIÉES. (DUM.)

Bistorte, *Polygonum bistorta*, L., dans les prairies montueuses (Dumort.).

FAM. DES ROSACÉES. (JUSS.) — TRIBU ROSÉES. (DUM.)

Rose rouge, *Rosa gallica*, L., cultivée pour l'ornement des jardins.

(*) Ces plantes qui contiennent de l'iode, méritent d'être mentionnées.

TRIBU AGRIMONIDÉES. (DUM.)

Aigremoine, *Agrimonia eupotoria*, L., dans les terrains arides et argilleux.

TRIBU DRYADÉES VENT.

Tormentille droite *Tormentilla erecta*, L., bois et pâturages ombragés.
Potentille rampante, *Potentilla reptans*, L., près des chemins et des fossés.
Argentine, *Potentilla anserina*, L., partout sur les berges des rivières, au bord des ruisseaux, et des fossés humides.
Bénoite, *Geum urbanum*, L., dans les haies.

TRIBU RUBÉÉS. (DUM.)

Ronce, *Rubus fruticosus*, L., le long des haies.

TRIBU POMACÉES. (JUSS.)

Nefflier, *Mespilus germanica*, L., dans les haies.

TRIBU SPIRACÉES. (DEC.)

Reine des prés, *Spirea filipendula*, L., dans les prés.

TRIBU AMYGDALÉES .(USS.)

Prunier épineux, *Prunus spinosus*, L., dans les haies et les bois.

FAM. DES CUPULIFÈRES. (RICH.) — TRIBU QUERCINÉES. (DUM.)

Chêne, *Quercus robus*, L., dans les forêts.

FAM. DES HIPPOCASTANÉES. (JUSS.)

Maronnier d'Inde, *Asculus hippocastanum*, L., dans les jardins.
Saule blanc, *Salix alba*, L., très-commun dans nos prairies, au bord des eaux, et autour des villages.

FAM. DES PLANTAGINÉES. (JUSS.)

Plantain majeur, *Plantago major*, L., fréquent dans les lieux incultes.

FAM. DES ULMACÉES. (JUSS.)

Orme pyramidal, *Ulmus campestris*, L.. Dans les bois et sur le bord des chemins.

PLANTES EXCITANTES.

FAM. DES LABIÉES. (JUSS.) — TRIBU NEPETÉES. (DUM.)

Cataire, *Nepeta cataria*, L., dans les chemins et les haies.
Hyssope offic., *Hyssopus offic.*, L., dans les jardins, sur les vieilles murailles entre Tilleur et Liége (Lej.), et à Peruwelz, Hainaut.
Melisse offic., *Melissa offic.*, L., dans les lieux secs et montueux de la Flandre orientale (Musch.), près de Liége, du côté de Robermon et de la Chartreuse, où je l'ai rencontrée.
Thym serpolet, *Thymus serpyllum*, L., abonde au bord des chemins secs, et sur nos collines.

Origan, *Origanum vulg.*, L., dans les endroits pierreux.
Lierre terrestre, *Glecoma lederacœum*, L., abondant le long des haies et des buissons.

TRIBU MENTHÉES. (DUM.)

Menthe poivrée, *Mentha piperitia*, L., cultivée; spont. entre Andriment et Henri-Chapelle (Lej.), dans les environs de Malmedy (D^elle Libert.).

TRIBU SALVIÉES. (DUM.)

Sauge offic., *Salvia offic.*, L., cultivée dans les jardins.

SUBT. GALEOPSIDÉES. (DUM.)

Lamier blanc, *Lamium album*, L., très-commun dans les haies.

SUBT. MARRUBIÉES. (DUM.)

Marrube blanc, *Marrubium vulg.*, au bord des chemins : assez commun dans la province du Hainaut, de Liége, et dans les environs de Louvain.

TRIBU TENERIÉES. (DUM.)

Germandrée chênette, *Tenerium chamœdrys*, L., on la trouve à Beaumont et à Chimay; (Hocq.), dans la forêt de Soigne (Bouc.); dans la Flandre orientale (Mussch.); sur les collines arides, entre Ensival et Theux, du côté de Sohan, (Lej.).
Germandrée ag., *Tenerium scordium*, L., dans les bois.
Germandrée ivette, *Tenerium chamœpitis*, Wild., dans les champs secs et pierreux, surtout près de Theux, Sougnez, Comblain-au-pont, Huy, Namur, etc. (Lej.); dans les lieux sablonneux de la Flandre orientale (Musch.), à Baudour et à Harmègnies (Hocq.).

FAM. DES POLYGALÉES. (JUN.)

Polygala vulg., *Polygala vulg.*, L., dans les terrains secs.

FAM. DES OMBELLIFÈRES. (JUSS.) — TRIBU ANGELICÉES. (KOCH.)

Angélique offic., *Angelica offic.*, L., Observée sur les bords de l'Escaut, près de la côte de Flandre, par Dekin.
Angélique des bois, *Angelica sylvestris*, L., commune dans nos prairies et nos bois.

TRIBU SELINÉES. (KOCH.)

Impératoire offic., *Impératoria offic.*, dans les prés montueux, près de Malmedy, et Stavelot; dans les prairies humides près de Vielsalm (Lej.).
Fenouil, *Anethum fn iculum*, L., dans nos champs et nos jardins, les haies et les prés.

TRIBU SCANDICINÉES. (DUM.)

Cerfeuil cultivé, *Chœrophyllum sativum*, L., dans tous les jardins potagers.

TRIBU ANANTHÉES. (DUM.)

Coriandre, *Coriandrum sat.*, L., cultivé dans la Flandre orientale; spont. dans les moissons près de Theux (Ch. Vanh., Lej.).

SUBT. AMMINÉES. (DUM.)

Carvi offic., *Carum carvi,* Lam., dans les pâturages montagneux, entre Stavelot et Malmedy (Lej.), dans les prés secs de la Flandre orientale (Ch. Vanh.), et au bois de Belœil (Hocq.).

FAM. DES OMBELLIFÈRES (JUSS.) — SUBTRIBU ARTEMISIÉES. (CASS.)

Armoise absynthe, *Artemisia absynthium*, L., cultivée pour l'usage officinal; croît spontanément dans quelques endroits : le long des dunes sur les côtes de Flandre; (Rouc.), à Chimay et à Anblain (Hocq.).

Armoise champêtre, *Artemisia campestris,* L., dans les lieux arides.

Armoise du pont, *Artemisia pontia,* L., très-commune sur les remparts de Bilsen. (Courtois).

Armoise maritime, *Artemisia maritima*, L., sur nos côtes maritimes (Dum.).

SUBTRIBU ANTHÉMIDÉES. (CASS.)

Camomille romaine, *Camomilla romano*, L., dans les prés montueux, entre Verviers et Goër, (Lej.).

Camomille puante, *Anthemis cotula*, L., dans les endroits cultivés.

Camomille ord., *Mahicaria camomilla,* L., dans les champs.

SUBTR. TANACETÉES. (DUM.)

Balsamite odorante, *Balsamita suaviolens*, Desf., cultivée dans nos jardins.

Achillie mille-feuille, *Achillea mille-fol.*, L., très-commune dans nos champs et nos pâturages.

SUBTR. CALENDULÉES. (DUM.)

Souci offic., *Calendula offic.,* L., cultivé pour l'ornement des jardins : on le trouve çà et là dans nos champs (Dum.).

Souci des champs, *Calendula arvens,* L., dans les champs de la Flandre orient. (Mussche) et près de Maestricht (Lej.).

FAM. DES CRUCIFÈRES. (ADANS.)—TRIBU LUNARIÉES. (DUM.)

Baifort sauvage, *Cochlearia armoriaca,* L., dans les marais et sur les bords des fossés.

Cresson offic., *Cochlearia offic.*, sur nos côtes maritimes (Dum.).

TRIBU CARDAMINÉES. (DUM.)

Cresson de fontaine, *Sisymbrium nasturtium*, L., très-fréquent dans les ruisseaux et les fontaines.

Cresson des prés, *Cardamine pratensis,* L., fréquent dans les prairies.

Sisymbre offic., *Sisymbrium offic.,* L., lieux cultivés.

TRIBU ÉRYSIMÉES. (DUM.)

Herbe Ste-Barbe, *Crysimum Barbarea*, L., dans les bois, le long des ruisseaux; parfois cultivée dans nos jardins.

FAM. DES VALERIANÉES. (BATSCH.)

Valériane des bois, *Valeriana offic.,* L., bois humides.

FAM. DES NARCISSÉES. (BATSCH.)

Narcisse des prés, *Narissus pseudo-narcissus*), L., dans les prés et les bois, entre Ver-

viers et Limbourg, près de Malmedy, Soumagne, Maestricht; etc. (Lej.); dans les bois vers Mons et Tournay (Hocq.); dans la forêt de Dilbeck près de Bruxelles (Kickx); les bois de la Flandre orient. (Ch. Vanh.).

FAM. DES TILIACÉES (JUSS.)

Tilleul d'Europe, *Tilia Europœa*, L., dans les bois et le long des chemins.

FAM. DES AROÏDÉES. (JUSS.) — TRIBU ORONTIACÉES (A. BR.)

Roseau aromatique, *Calamus aromaticus*, L., commun dans les canaux de Bruxelles et de Bruges, le long de la Lys (Rouc.); dans les fossés et les ruisseaux de la campine (Lej.); les étangs de la Flandre orientale (Mussch.).

FAM. DES ATRIPLICÉES. (JUSS.) — SUBTRIBU BLITÉES. (DUM.)

Chenopode botrys, *Chenopodium botrys*, L., dans les lieux cultivés, à Ensival, Verviers, Liége, etc. (Lej.).

Chenopode ambrosioïde, *Chenopodium ambrosioïdes*, L., dans les champs de la Flandre orient. (Dum.).

Chenopode vulvaire, *Chenopodium vulvaria*, L., dans les lieux cultivés et sur le bord des chemins.

FAM. DES POLYGONÉES. (JUSS.) — TRIBU PERSICARIÉES. (DUM.)

Poivre d'eau, *Polygonum hydropiper*, L., dans les fossés.

FAM. DES HYPERICINÉES. (JUSS.)

Mille-pertuis perforé, *Hypericum perforatum*, L., commun dans les lieux herbeux et découverts des bois.

PLANTES PURGATIVES.

FAM. DES CUCURBITACÉES. (JUSS.) — TRIBU BRYONIÉES. (DUM.)

Bryone dioïque, *Bryonia dioïca*, L., partout dans les haies.

FAM. DES RHAMNÉES. (JUSS.)

Nerprun purgatif, *Rhamnus catharticus*, L., dans les haies, les bois et les lieux incultes.
Bourgène, *Rhamnus frangula*, L., très-commun dans les bois humides.

TRIBU ÉVONYMÉES. (DEC.)

Fusain d'Europe, *Evonymus Europœus*, L., bois, haies, etc.

FAM. DES EUPHORBIACÉES. (JUSS.)

Épurge, *Euphorbia latyris*, L., lieux cultivés, bords des chemins, etc.
Mercuriale annuelle, *Mercurialis annua*, L., très-commune dans les jardins.

FAM. DES CONVOLVULACÉES. (JUSS.)

Liseron des haies, *Convolvulus sepium*, L., dans les haies, etc.
Liseron des champs, *Convolvulus arvensis*, L., dans les moissons et sur les collines.
Soldanelle, *Convolvulus soldanella*, L., sur les bords de la mer (Rouc.).

FAM. DES RENONCULACÉES. (JUSS.) — TRIBU HELLEBORÉES. (DUM.)

Hellebore noir, *Helleborus niger*, L., dans les bois montueux de la Flandre orientale et du Brabant méridional, dans la forêt de Soigne et le bois de l'Abbaye d'Afflegem (Kickx, Roue.).

Hellebore vert, *Helleborus veridis*, L, sur les montagnes près de Malmedy, dans le bois d'Eupen et les prairies près de Theux (Lej.); dans le Hainaut, à Grand-Mer, Ligne, Bauffe, au bois de Liége (Hocq.).

Pied-de-griffon, *Helleborus gatidus*, L., à Chimay (Hocq.), dans les bois de la Flandre orientale (Ch. Vanh.), du côté de Sougnez, d'Aiwaille, de Comblain-au-Pont, et entre Huy et Namur (Lej.).

FAM. DES CAPRIFOLIACÉES. (JUSS.)

Sureau noir, *Sambucus niger*, L., partout dans les haies et les bois.

Sureau gèble, *Sambucus ebulus*, L., dans les campagnes, les chemins et les bois.

Sureau à grappes, *Sambucus racemosa*, L., dans les bois montueux, près de Verviers, Spa, Theux, Fraipont, Malmedy, Forêt, etc. (Lej.).

FAM. DES LÉGUMINEUSES. (JUSS.)—TRIBU GALEGÉES. (BRONN.)

Baguenaudier arborescent, *Colutia arborescent*, L., cultivé pour l'ornement des jardins, très-commun dans le bois de la montagne St.-Pierre près de Maestricht (Lej.).

TRIBU GENISTÉES. (BRONN.)

Cytise à grappes, *Cytisus laburnum*, L., cultivé pour l'ornement des jardins; croît spontanément dans les fôrêts montueuses de la province de Liége (Lej. Mich.).

FAM. DES SYNANTHÉRÉES. (CASS.) SUBTRIBU EUPATORIÉES. (DUM.)

Eupatoire d'Avicenne, *Eupatorium cannabinum*, L., dans les endroits humides, les fossés, etc.

FAM. DES ROSACÉES. (JUSS.) — TRIBU AMYGDALÉES. (JUSS.)

Amandier pêcher, *Amygdalus persica*, L., dans les jardins.

FAM. DES SCROPHULARIÉES. (JUSS.) — SUBTRIBU DIGITALIDÉES. (DUM.)

Gratiole offic., *Gratiola offic.*, L., dans les prairies humides, près de Goër, Moersom et Fanemors (Lej.), dans les bois ombragés de la Flandre orientale (Musch.)

FAM. DES LINACÉES. (JUSS.)

Lin purgatif, *Linum catharticum*, L., assez commun dans les prés secs et montueux.

FAM. DES JASMINÉES. (JUSS.)

Frêne commun, *Fraxinus excelsior*, L., fréquent dans nos haies et nos bois.

PLANTES ÉMÉTIQUES.

FAM. DES ASARINÉES. (KUNTH.)

Cabaret, *Asarum Europeum*, L., près de Fraipont et dans les environs de Sart (Lej.), dans les bois de la Flandre orientale (Ch. Vanh.); au bois de Ghlin et de St-Macaire (Gossart).

FAM. DES APOCINÉES. — TRIBU ASCLÉPIADÉES (DUM.)

Asclépiade, *Asclepiade vince toxicum*, L., dans les bois secs et montueux, et dans les fentes des rochers.

FAM. DES EUPHORBIACÉES. (JUSS.)

Euphorbe Gerard, *Euphorbia Gerardiana* (Jacq.), au bord des rivières (Degeer); assez rare.

Euphorbe cyprès, *Euphorbia cyparissias*, L., dans les pâturages secs, du côté de Verviers, Fraipont, Sutendal (Lej.); dans les chemins arides de la Flandre orientale (Ch. Vanh.), et à Long-Près, dans le Hainaut (Hocq.).

Euphorbe des bois, *Euphorbia sylvatica*, L., dans nos bois (Dum.).

FAM. DES VIOLACÉES. (VENT.)

Violette des chiens, *Viola canina*, L., commune dans nos haies et nos bois.

PLANTES DIURÉTIQUES.

FAM. DES SCROPHULARIÉES. (JUSS.) — SUBT. DIGITALIDÉES (DUM).

Digitale pourprée, *Digitalis purpurea*, L., assez commune dans les bois montueux de la province de Liége et de la Flandre orientale (Lej., Ch. Vanh.), dans la forêt de Soigne (Rouc.), dans les bois de Leuze, de Chimay, de St-Denis (Hocq.).

FAM. DES CONIFÈRES. (JUSS.) — TRIB. CUPRESSINÉES. (RICH.)

Genevrier commun, *Juniperus communis*, L., dans les lieux arides, à Alsemberg, Beersel, etc., près de Bruxelles (Kickx); sur les bruyères du quartier d'Anvers, et notamment des côtés de Wesmael, de Santoven, de Turnhout, etc. (Rouc.), sur les bruyères de Stambruges et de Quevaucamps (Hocq.), sur les collines arides de la province de Liége (Lej.), et les bois secs de la Flandre orientale (Ch. Vanh.).

FAM. DES ASPARAGINÉES. (JUSS.)

Asperge, *Asparagus offic.*, L., fréquemment cultivée surtout dans les endroits sablonneux.

FAM. DES URTICINÉES. (JUSS.)

Pariétaire offic, *Parietaria offic*, assez rare dans quelques-unes de nos provinces, sur les vieux murs à Tournay (Hocq.); dans les fentes des vieilles murailles, surtout près de Maseyck (Lej.), dans les mêmes lieux de la Flandre orientale et du Brabant méridional (Kickx, Mussch.).

FAM. DES SYNANTHERÉES. (CASS.)

Pissenlit, *Leontodum taraxacum*, L., très-commun dans les prairies et les pâturages.

FAM. DES ROSACÉES. (JUSS.) — TRIB. DRYADÉES. (VENT.)

Fraisier, *Fragaria vesca*, L., dans nos bois et nos jardins.

FAM. DES LÉGUMINEUSES. (ADANS.) — TRIB. GENISTÉES. (BRONN.)

Arrête-bœuf, *Ononis spinosa*, L., fréquent dans les champs secs, les terrains arides et pierreux.

Genêt-à-balais, *Spartium scoparium*, L., les bois secs et les bruyères.

Genêt des teinturiers, *Genista tinctoria*, L., dans les prés argillo-calcaires (Dum.).

SUBT. CORONILLÉES. (DUM.)

Coronille, *Coronilla varia*, L., sur le bord des champs, du côté de Louvain (Rouc.); sur

les collines de la montagne St-Pierre, près de Maestricht (Lej.), et dans les bois arides de la Flandre orientale (Ch. Vanh)

PLANTES EMMÉNAGOGUES.

FAM. DES GRAMINÉES. (JUSS.)

Seigle ergoté, *Secale cornutum*, sur les épis du seigle.

FAM. DES SYNANTHÉRÉES. (CASS.) — SUBT. CRYSANTHÉRÉES.

Matricaire, *Matricaria parthemium*, L., le long des murs dans les décombres.

SUBT. ARTÉMISIÉES. (CASS.)

Armoise commune, *Artemisia vulgaris*, L., très-commune dans les lieux incultes.

PLANTES NARCOTIQUES.

FAM. DES PAPAVERACÉES. (DEC.)

Pavot somnifère, *Papaver somniferum*, L., cultivé comme plante économique et pour l'ornement des jardins.

Pavot rouge, *Papaver rheas*, L., très-fréquent dans les champs cultivés.

FAM. DES SOLANÉES. (JUSS.) — TRIB. NICOTIANÉES. (DUM.)

Tabac, *Nicotiana tabacum*, L., fréquemment cultivé.

Jusquiame noire, *Hyosciamus niger*, L., sur le bord des champs, dans les cours et sur les cimetières.

Pomme épineuse, *Datura stramonium*, L., dans les chemins humides, dans les environs de Mons, de Bruxelles, d'Alost, de Liége, de Tournay, etc.

TRIB. CAPSICÉES. (DUM.)

Belladone, *Atropa belladona*, L., dans les lieux incultes, sur le bord des chemins et la lisière des bois.

Morelle noire, *Solanum nigrum*, L., dans les décombres et les lieux cultivés.

FAM. DES OMBELLIFÈRES. (JUSS.)— SUBT. CICUTÉES. (DUM.)

Grande ciguë, *Cicuta major*, Lam., dans les haies et les décombres, assez rare.

Ciguë vireuse, *Cicuta virosa*, L., dans les prés marécageux et stériles de la Flandre orientale (Mussch); dans la châtellenie de Termonde et les environs d'Anvers (Rouc.); dans les fossés de la Campine (Lej.).

TRIB. ÉNANTHÉES. (DUM.)

Petite ciguë, *Æthusa cynapium*, L., dans les lieux cultivés, les jardins abandonnés, les décombres, etc,

Phellandre aquatique, *Phellandrium aquaticum*, L., dans les marais et sur le bord des ruisseaux, vers Tournay, Ath, Alost, Bruxelles (Hocq., Rouc., Kickx); dans les fossés de la Campine et de la Flandre orientale (Lej., Mussche).

FAM. DES SYNANTHÉRÉES. (CASS.) — TRIB. LACTUCÉES. (ADANS.)

Laitue vireuse, *Lactuca viroso*, L., dans les lieux arides de la Flandre orientale (Ch..

Vanh.), vers Tournay, Veaux (Hocq.); dans les environs de Verviers, de Chaud-Fontaine, de Sougnez, etc. (Lej).

Laitue cultivée, *Lactuca sativa*, L., cultivée dans les jardins.

PLANTES SUDORIFIQUES.

FAM. DES CAPRIFOLIACÉES. (JUSS.)

Sureau. (Voyez *Plantes purgatives.*)

FAM. DES SOLANÉES. (JUSS.) — TRIB. CAPSICÉES. (DUM.)

Douce amère, *Solanum dulcamara*, L., très-commune dans les haies, les bois, et sur le bord des fossés.

FAM. DES SYNANTHERÉES. — SUBT. SERRATULÉES. (CASS.)

Bardane vulgaire, *Arctium lappa*, L., le long des chemins et dans les décombres.

FAM. DES DIPSACÉES. (JUSS)

Scabieuse des champs, *Scabiosa arvensis*, L., très-commune dans les prairies, les champs, le long des haies.

Scabieuse mors-du-diable, *Scabiosa succisa*, L., très-commune dans les avenues des bois et sur les collines.

FAM. DES EUPHORBIACÉES. (JUSS.)

Buis, *Buous semper virens*, L., sur les collines calcaires, entre Huy et Namur (Lej.); près de Chimay, Charleroy, Cherq (Hocq.), cultivé pour l'ornement des jardins.

FAM. DES GRAMINÉES. (JUSS.)

Roseau à balais, *Arundo phragmites*, L., très-commun dans les ruisseaux et les rivières.

Laiche des sables, *Carex arenaria*, L., sur le sable mouvant, entre Mechelen et Stockhem, du côté de Mascyck (Lej.); sur les dunes, du côté d'Ostende (Rouc.), à Castiau, à Latombe (Hocq.); sur les sables mouvans de la Flandre orientale (Ch. Vanh.).

Roseau laineux, *Arundo calamagrostis*, L., les étangs de la Flandre orientale (Mussche); les marais des bois, près de Verviers, Malmedy, etc. (Lej.).

PLANTES RUBÉFIANTES.

FAM. CRUCIFÈRES. (JUSS.)

Moutarde noire, *Sinapis nigra*, L., dans les champs arides et pierreux de quelques-unes de nos provinces et en particulier dans la Flandre orientale et la province de Liége (Lej., Ch. Vanh.).

Moutarde blanche, *Sinapis alba*, L., dans les champs et les décombres.

FAM. DES JUGLANDÉES. (JUSS.)

Noyer royal, *Juglans regia*, L., cultivé pour ses fruits.

FAM. DES RENONCULACÉES (JUSS.)

Renoncule petite douve, *Renonculus flammula*, L., assez fréquente dans les prés humides et les marais bourbeux.

Renoncule âcre, *Renunculus acris*, L., fréquente dans les prés.
Renoncule bulbeuse, *Renunculus bulbosus*, L., dans les pâturages secs.
Anemone des bois, *Anemona nemorosa*, L., commune dans les bois.
Anemone pulsatille, *Anemona pulsatilla*, L., sur les collines sèches (Dum).
Clématide des haies, *Clematis vitalba*, L., assez fréquente dans les haies et les bois.

FAM. DES THYMELÉES. (JUSS.)

Bois gentil, *Daphne mezerium*, L., fréquemment cultivé dans nos jardins; spontané dans les bois montueux de la province de Liége, de Namur, de Luxembourg (Lej.), à Longprès et à Arbre dans le Hainaut (Hocq.).

FAM. DES URTICÉES (JUSS.)

Ortie dioïque, *Urtica dioïca*, L., partout dans nos haies.
Ortie grièche, *Urtica urens*, L., dans les chemins.

FAM. DES AROÏDÉES. (JUSS.)

Pied-de-veau, *arum maculatum*, L., dans les bois ombragés, le long des haies.

FAM. DES PAPAVERACÉES. (JUSS)

Grande Chelidoine, *Chelidonium majus*, L., fréquente le long des haies, autour des puits, sur les vieilles murailles.

PLANTES INCERTÆ SEDIS.

FAM. DES COLCHICÉES. (JUSS.)

Colchique d'automne, *Colchicum autumnale*, L., dans les prés montueux; très-fréquent dans la Flandre orientale (Mussche), et la province de Liége; on la rencontre à Beaumont, à Calome, près de Vilvorde et dans les prairies d'Anderlecht (Kickx, Hocq.).

FAM. DES SYNANTHERÉES. (CASS.)

Arnique de montagne, *Arnica montana*, L., dans toutes les bruyères des Fagnes, entre Verviers et Limbourg, Berg et Meersen (Lej.); dans les bois sablonneux de la Flandre orientale (Ch. Vanh.).
Onoporde acanthin, *Onopordium acanthium*, L., assez commun le long des chemins.
Ptarmique, *Achillea ptarmica*, L., dans les prés humides et les fossés aquatiques.

FAM. DES LABIÉES. (JUSS.)

Betoine offic., *Betonica offic.*, très-commune dans nos bois.

FAM. DES ASPARAGINÉES. (JUSS).

Muguet, *Convalleria majalis*, L., dans les bois, le long des vallons, aux lieux ombragés et humides.

FAM. DES SALICINÉES. (JUSS.)

Peuplier noir, *Populus niger*, L., dans les lieux bas, humides, et au bord des eaux.
Peuplier tremble, *Populus tremula*, L., commun dans les bois humides, etc.
Peuplier blanc, *Populus alba*, L., très-fréquent dans les bois humides.

CHAMPIGNONS.

Agaric âcre, *Agaricus acris*, L., dans les bois et les pâturages.

Agaric de chêne, *Bolitus ignarius*, L., sur le tronc du chêne, du hêtre, du tilleul, du bouleau, du noyer, etc.

FAM. DES LYCOPODIACÉES. (JUSS.)

Lycopode en massue, *Lycopodium clavatum*, L., sur les landes, du côté de Bruges, et entre Anvers et Breda (Rouc.), dans les bruyères et les landes des Fagnes et de la Campine (Lej.), dans les bois de Belœil, de Mons, du Mont de la Trinité (Hoeq.).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

RÉPERTOIRE GÉNÉRAL DES SCIENCES MÉDICALES, AU XIXe SIÈCLE.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES,

PAR *MM. Andral, Bégin, Blandin, Bouillaud, Bouvier, Cruveilhier, Cullerier, Devergie, Dugès, Dupuytren, Foville, Guibourt, Jolly, Lallemand, Londe, Magendie, Ratier, Rayer, Roche, Sanson.*

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE; SECONDE ÉDITION;

PAR *MM. Adelon, Beclard, Bérard, Biett, Blache, Breschet, Calmeil, Cazenave, Chomel, H. Cloquet, J. Cloquet, Coutanceau, Dalmas, Dance, Desormeaux, Dezeimeris, P. Dubois, Ferrus, George, Gerdy, Guersent, Itard, Lagneau, Landré-Beauvais, Marc, Marjolin, Murat, Ollivier, Orfila, Oudet, Pelletier, Raige-Delorme, Reynaud, Richard, Rochoux, Rostan, Roux, Rullier, Soubeiran, Trousseau, Velpeau, Villermé.*

RÉUNIS

ET AUGMENTÉS D'UN GRAND NOMBRE D'ARTICLES EXTRAITS:

DU DICTIONNAIRE HISTORIQUE DE LA MÉDECINE ANCIENNE ET MODERNE; DES ENCYCLOPÉDIES FRANÇAISES; DU BULLETIN DES SCIENCES MÉDICALES DE FÉRUSSAC; DE L'ENCYCLOPÆDIA OF PRACTICAL MEDECINE, PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS ANGLAIS; ET DE L'ENCYCLOPADIE DER MEDICINISCHEN WISSENSCHAFTEN, HERAUSGEGEBEN VON Dr MEISSNER UND Dr SCHMIDT.

Bruxelles, Etablissement encyclographique, Quai au Foin, n° 33. — TOMES I à IV, A — AST.

Vouloir démontrer l'utilité des dictionnaires de médecine, considérés en général, ce serait perdre du temps; offrir dans des résumés concis, aux praticiens, parmi lesquels plusieurs privés de fortune et absorbés par l'exercice de leur profession, les notions indispensables qu'ils seraient forcés sans cela d'aller chercher dans un grand nombre d'ouvrages, dont il ne leur serait pas moins difficile de trouver les moyens de faire l'acquisition que le loisir pour les lire, c'est bien mériter de la science et de ceux qui la cultivent; c'est encore une source facile et abondante d'instructions à ceux qui, à leur défaut, s'en trouveraient privés. C'est à leur utilité bien reconnue qu'est due l'existence de recueils de cette nature dans tous les pays et leur multiplication sans cesse croissante. L'Allemagne est, je crois, celui qui le premier en posséda un. Tout le monde connaît la *Bibliotheca medica*, de Ploucquet, répertoire exact et bien fait, mais trop exclusivement consacré à l'enregistrement des travaux germaniques. La France compte actuellement quatre dictionnaires et l'Angleterre elle-même, qui, d'abord, ne s'était associée que partiellement à ce mouvement par la publication du *Dictionnaire de chirurgie* de Samuel Cooper, qui eut un succès prodigieux tant dans le pays qu'à l'étranger, vient de voir paraître une *Encyclopédie médicale*, spécialement consacrée à la pratique. Nous croyons ce plan défectueux en tant qu'il exclu tout ce qui a rapport à l'anatomie, la physiologie, la chirurgie et ce qu'on est si improprement convenu d'appeler sciences accessoires à la médecine,

la chimie, la physique, la botanique, dont il est toutefois d'autant plus important pour le praticien de pouvoir par une facile recherche se remémorer les notions, qu'il n'en fait pas habituellement l'objet de ses études et qu'il en est détourné par la nécessité de vouer presque exclusivement son temps à suivre sa clientelle.

Je conçois sans peine la défiance avec laquelle le public accueille les annonces des dictionnaires de médecine. Le souvenir de la déception dont furent les objets les souscripteurs à celui des sciences médicales de Pankoucke, est encore trop frais pour ne pas l'entretenir. Promis en 20 volumes, commencé sur du papier convenable et avec des caractères nets, il s'alongea démesurément en 60, perdant en consistance ce qu'il gagnait en étendue ; l'impression se termina sur du papier d'épreuves avec des caractères usés et à peine lisibles ; et pour rendre la dérision plus amère, on força les souscripteurs à accepter et payer deux volumes sous le nom de *Table analytique des matières*, quoique ce ne fût en réalité qu'une sèche énumération des matières traitées à chaque article. C'est ainsi qu'elle ne renvoie pour ce qui est des *tubéreuses* qu'à ce qui en est dit à ce mot, quoiqu'il en soit question, comme on le conçoit sans peine, dans plus de cinquante endroits du Dictionnaire. Percy et Laurent ont fait un excellent article sur les *maladies simulées*. Vous croyez sans doute qu'il en est fait mention à l'article *Maladie* de la table. Pas du tout, comme les auteurs en ont traité sous la rubrique de *simulation des maladies*, c'est au mot *simulation* seul qu'il y est renvoyé. Conçoit-on qu'à l'article *mercure* il ne soit fait aucune mention de l'emploi de ce métal et de ses compositions dans d'autres maladies que la syphilis? Le grand dictionnaire des sciences médicales est à mon avis la spéculation de librairie la plus impudente qu'on se soit jamais permise, la composition la plus indigeste qu'on ait publiée jusqu'à présent, une véritable charge pour les bibliothèques, un barathre où on trouve d'excellentes choses sans doute, mais qu'il faut avoir le courage d'aller chercher au milieu souvent d'un tas de niaiseries, de hors-d'œuvre et de redites.

L'ouvrage que nous annonçons n'est entaché d'aucun de ces vices : constitué au fond par la reproduction littérale de deux dictionnaires auxquels collaborent tout ce que Paris offre de plus distingué en savans et en praticiens, et dont l'un est déjà à sa seconde édition, le *Répertoire* puise encore dans les recueils les plus estimés de l'Allemagne et de l'Angleterre, et il est facile de comprendre tout ce que ces emprunts ajouteront à son utilité. Par exemple l'article *Angine de poitrine* aurait été plus complet et plus intéressant si, à l'époque de sa publication, le volume de l'*Encyclopédie de médecine pratique anglaise*, où le docteur Forbes a traité de cette maladie, avait été entre les mains des rédacteurs du *Répertoire*.

Présenter dans un cadre circonscrit, mais suffisamment ample, pour ne nécessiter ni étranglement ni mutilation, l'état où la science et l'art de la médecine se trouvent actuellement dans les deux mondes; suppléer aux développemens que la nature de la composition ne comporte pas, par l'indication précise et raisonnée des sources où on peut les rencontrer, tel est le plan que les rédacteurs du *Réportoire général des sciences médicales au XIXe siècle* se sont tracé et que jusqu'à présent ils ont rempli avec la plus consciencieuse fidélité et de manière à satisfaire les plus exigens; assez sages dans leur *éclectisme* pour ne pas prétendre en savoir plus que toutes les illustrations médicales et donner comme seul bon et vrai ce qui leur a semblé tel, ils ont, abandonnant la routine suivie de beaucoup de leurs devanciers, mis les diverses opinions en présence. Laissant parler à chacune d'elles son langage, sans l'altérer par des commentaires, et, après les avoir exposées sans modifications ni retranchemens, ils ont laissé à l'intelligence de leurs lecteurs le soin de faire un choix et de juger de la valeur des faits et des conclusions qui en découlent.

En somme, le *Répertoire général* est une publication du plus haut intérêt et qui joint au mérite de sa composition celui d'être mis par la modicité de son prix à la portée des plus minces fortunes. Je le juge avec toute l'impartialité d'un homme étranger à l'entreprise et avec la connaissance de cause que j'ai acquise en lisant sans prévention les volumes qui ont paru et les comparant avec les autres dictionnaires de médecine publiés jusqu'à ce jour et sur lesquels je n'hésite pas à lui donner une immense supériorité.

Il suffira pour justifier ce jugement de jeter les yeux sur les articles : *Abcès, Absorption, Accouchement, Acéphalocystes*, véritable monographie des plus complètes, *Aliénation*

mentale, Amputation, Anatomie, Anévrisme, Angine, Antimoine, Anus Artère, Asthme; mais pour citer tout ce qui est bon, il faudrait copier la table des matières.

FALLOT, D. M.

PROJET DE LOI CONCERNANT L'EXERCICE DES DIFFÉRENTES BRANCHES DE L'ART DE GUÉRIR, *suivi de la pétition des médecins belges aux membres de la chambre des représentans.* — Brochure in-8° de 24 pp., Gand, Julie D'Elhougne, Libraire, 1834. Avec cette épigraphe :

Les Belges sont égaux devant la loi.
(Constit. de la Belg, art. 6.)

Nos lecteurs se rappellent la pétition des médecins Belges dont nous avons présenté l'analyse dans le numéro de février de ce journal, par laquelle ils demandaient la suppression des commissions médicales qui seraient remplacées par des conseils médicaux. Les médecins de Gand, signataires de cette pétition, se sont associés pour rédiger un projet de loi en harmonie avec les besoins de l'époque et dont ils avaient déjà précédemment posé les premières bases.

Les auteurs du projet partant du principe constitutionnel qu'ils ont adopté pour épigraphe de leur travail, ont pris pour guide les lois actuellement existantes, les discussions récentes de l'Académie royale de médecine de France, leurs propres opinions et leur expérience personnelle.

Ils signalent parmi les abus les plus marquans et qui constituent une violation flagrante de ce principe, les suivans :

1° Les connaissances exigées à un moindre degré pour pratiquer dans les campagnes que pour pratiquer dans les villes;

2° Le secret des séances des commissions médicales;

3° Les condamnations sans appel, qu'elles prononcent;

4° L'incompétence en matière médicale des autorités qui nomment les commissions, etc.

Ce travail est partagé en quatre titres, comprenant en tout 71 articles. Le premier titre est relatif à des dispositions générales, qui sont : 1° de n'admettre désormais à l'exercice de la médecine, de la chirurgie et de l'art des accouchemens, qu'une seule classe de praticiens, les *Docteurs;* 2° de supprimer par voie d'extinction les chirurgiens de ville et de campagne, et les officiers de santé; 3° de rendre facultatif l'exercice des différentes branches pour lesquelles on aura reçu des diplômes, à l'exclusion de la pharmacie, qui ne pourra être exercée cumulativement avec quelque autre branche de l'art de guérir.

2e *Titre*, divisé en 4 sections.— Les commissions médicales seraient supprimées et remplacées par des *conseils médicaux*, composés d'un nombre limité de membres pour chaque province, pris parmi les docteurs en médecine, les docteurs en chirurgie, les docteurs en l'art des accouchemens et les pharmaciens; ils seraient nommés directement au scrutin secret et à la majorité des suffrages par toutes les personnes exerçant légalement dans la province. Il y aurait des *membres résidans* habitant le chef-lieu de la province, et des *membres correspondans* domiciliés dans les chefs-lieux de districts. Les président, vice président et secrétaire seraient choisis par le roi sur la présentation de la liste de tous les membres élus. Les conseils se renouvelleraient par tiers tous les trois ans. Ils auraient pour principales attributions d'examiner les titres de ceux qui s'établissent dans la province pour exercer une branche quelconque de l'art de guérir et de veiller à l'exécution de tout ce qui est statué dans la loi, à tout ce qui est relatif à l'hygiène publique, aux épidémies, etc. Les membres correspondans de ces conseils, ayant droit d'assister aux séances avec voix délibérative concourraient de leur côté, à

faire observer les lois médicales dans leurs districts respectifs, et correspondraient avec les conseils médicaux dont ils font partie.

L'article 26 de ce projet est de la plusgrande justesse : il ét ablit que le visa des diplômes, pour lequel les commissions médicales continuent à percevoir une rétribution assez élevée, devra dorénavant être apposé gratuitement.

Les auteurs du projet que nous analysons ont aussi compris la nécessité de modifier l'article 10 de la loi du 12 mars 1818, relatif aux médecins étrangers qui viennent se fixer en Belgique. Ils proposent de ne les admettre à l'exercice d'une branche quelconque de l'art de guérir, qu'après s'être conformés préalablement aux lois sur l'enseignement supérieur. Il sera loisible au roi, pour des motifs pressans, de lever cette prohibition, sur la proposition préalable du conseil médical de la province où le praticien étranger veut s'établir.

Plusieurs articles sont aussi consacrés à la surveillance disciplinaire des conseils médicaux.

Les titres 3 et 4 contiennent les dispositions relatives aux *pharmaciens* et aux *sages femmes* et sont calqués sur ceux de l'ancienne loi encore en vigueur ; mais ils imposent des peines plus sévères aux contraventions dans l'exercice de l'une des branches de l'art de guérir.

Bien que nous ne partagions pas en tous points les différentes dispositions proposées dans ce projet, nous félicitons nos confrères de Gand, d'avoir pris l'initiative dans une question qui touche de si près à la dignité de notre profession, qui, il faut bien le dire, n'est pas entourée, dans notre pays, de toute la considération qu'elle mérite. Nous faisons des vœux pour qu'à leur exemple les praticiens des autres villes, usant du principe posé par la constitution, expriment leurs opinions sur cette grave question. Ce n'est qu'en consultant l'expérience de tous qu'on parviendra à connaître les besoins de l'époque et à élaborer une bonne loi qui réponde à ces besoins.

Dr M.....

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

HOMOEOPATHIE.

A M. le Rédacteur du BULLETIN MÉDICAL BELGE.

Dans le premier n° de votre journal, vous nous avez parlé d'homœopathie. Cette doctrine avait acquis, disiez-vous, une certaine croyance parmi quelques médecins de Bruxelles. Leurs essais *semblaient* avoir été couronnés de succès, et à l'instar des médecins de Paris, de Lyon et de Genève, ils projettaient de se constituer en société pour recueillir et vérifier les faits. Depuis lors six grands mois se sont écoulés, et vous ne nous avez plus rien dit. Six mois d'observation sont sans doute bien peu de chose en médecine pratique, mais vous avez excité notre désir, vous avez éveillé notre curiosité et dans l'attente où nous sommes, quelques murmures d'impatience ne doivent pas vous étonner (1).

Ce n'est pas cependant que notre esprit n'ait plus de quoi satisfaire à ses besoins sans cesse renaissans. Chaque année est une année d'abondance. Les journaux, les livres de médecine se multiplient et se succèdent avec une rapidité telle qu'il faut se presser, si l'on veut goûter un peu de tout. Du train dont va la science, il faut la saisir et la dévorer, si l'on ne veut pas se trouver bientôt en rebroussement et mis aux rangs des rétrogrades. Malgré cela, malgré cette circulation si prompte, si active, si pressante des idées qui éclosent de toutes parts, nous nous sentons encore avides de nouveautés, nous voulons du nouveau, *n'en fut-il plus au monde*. Ce phénomène s'explique très-bien par la phrénologie, mais vous avouerez, M. le Rédacteur, que le fait n'en est pas moins surprenant.

(1) L'association projetée entre nos médecins homœopathes paraît avoir été ajournée indéfiniment ; probablement que la doctrine nouvelle n'a pu encore faire un assez grand nombre de prosélytes parmi nos confrères de la capitale. On conçoit alors que nous n'avons pu entretenir nos lecteurs des travaux d'une société qui n'existait qu'en perspective. (*Note du Rédacteur.*)

Rappelez-vous, s'il vous plaît, tout ce qui s'est passé sous nos yeux depuis vingt ans. C'était alors le triomphe de l'école de Pinel, et nous y avions été élevés. Le *physiologisme* est venu bientôt après jeter le trouble dans nos premières idées, et dès notre enfance médicale, force nous a été, pour sortir du chaos dans lequel on nous avait plongé, d'examiner, de comparer, de juger. Il nous a fallu ensuite suivre pas à pas la lutte que soutenaient avec efforts les partisans de la doctrine défaillante. On nous a présenté entre temps les idées de Rasori, les remèdes à grandes doses, à doses énormes, et après nous avoir ainsi replacés constamment sur le terrain mouvant des recherches et des vérifications, on nous a crié : Ne vous cassez pas la tête, chaque système a tout à la fois tort et raison, choisissez ce qu'il y a de *raison*, et vous serez *éclectique*, c'est-à-dire, un suprême, un phénix de la science. Le conseil était excellent, et bien qu'il restait encore la difficulté de faire convenablement son *choix*, il y avait au moins à espérer qu'après quinze ou vingt ans de travail nous aurions su définitivement à quoi nous en tenir.

Loin de là, mon cher confrère, un grand désappointement nous attendait; pendant le temps que nous demandions à notre propre expérience des lumières de détails que ne peuvent jamais transmettre les maîtres, pendant le temps, qu'au milieu du Pinelisme, du Broussaisisme et du Rasorisme, nous cherchions avec quelque persévérance la voie du positif et de la vérité, il s'élevait au fond de l'Allemagne une doctrine d'un genre tout nouveau, une doctrine aussi étonnante qu'inattendue, et voilà qu'après une existence long-temps obscure et presque avortée, elle s'élance, prend vogue, arrive enfin jusqu'à nous et nous apprend tout net que nous ne savons rien.

Si aujourd'hui l'on en croit l'auteur de cette doctrine, il ne s'agit plus de reconnaître la nature des maladies par l'état anatomique et physiologique des organes, il ne s'agit plus de discuter sur l'opportunité, ou l'inopportunité de l'emploi des remèdes dont on s'est servi jusqu'à cette heure. Il s'agit d'abord de faire table rase, et de renoncer complètement à tout ce que nous avons acquis de savoir et d'expérience à ce sujet. Il s'agit ensuite d'apprendre à diviser un grain en milliards de parties et à ne donner de ce grain *atomistique* qu'une parcelle invisible, intangible, insapide. Certes, au premier aperçu il était difficile de trouver dans les idées médicales de tous les âges, quelque chose de plus extravagant et de plus ridicule. Mais il s'est trouvé des médecins moins effrayés que les autres de l'*inconcevable*, et plus habitués d'ailleurs à *comprendre* le merveilleux. Ceux-là ont expérimenté avec confiance, ils ont proclamé leurs réussites, leurs miracles, et la doctrine ainsi affermie, s'est quelque peu répandue dans le monde.

Dans cet état de choses que doit faire le praticien consciencieux? est-ce maintenant pour lui un devoir d'étudier sérieusement l'homœopathie? Doit-il en essayer l'application chez ses malades? Oui, me direz-vous peut-être, l'humanité exige que vous ne négligiez rien de ce qui peut être utile à l'homme qui souffre; mais songez bien, mon cher confrère, qu'ici la question d'utilité est précisément celle qu'il faut résoudre, et d'abord vous admettrez avec moi qu'en médecine il ne faut pas se fier entièrement aux dires d'autrui, pas même aux dires savans des illustres de l'art. C'est un principe duquel nous ne devons pas nous départir si nous ne voulons pas tous les jours tomber de Carybde en Scylla. Il faut donc vérifier.

Pour vérifier tout ce que l'on dit en homœopathie, il y a beaucoup à faire. Il importe d'abord de commencer par l'étude des médicamens sur l'homme sain, et il faut par conséquent que chacun de nous soumette successivement et patiemment tous ses organes à diverses épreuves. Il en résulte nécessairement que pour essayer le nombre déjà considérable des remèdes homœopathiques connus, il faut que nous vivions de régime pendant des années entières. Le sacrifice serait beau; mais le ferez-vous, le ferai-je, d'autres le feront-ils? Les essais à faire sur l'homme malade n'offrent pas moins de difficultés. Il n'y a pas un homme sur lequel il soit plus permis de faire des expériences que sur un autre. Par qui donc débuter s'il y a quelques chances à courir? Oseriez-vous, par exemple, traiter un roi, un ministre, ou un prélat par un millionième de goutte de teinture d'aconit dans une pneumonie violente, ou par un quintillionnième de grain de quinine dans une fièvre intermittente pernicieuse? Si vous ne l'osez, pourquoi tout autre homme quel qu'il soit, fut-il sur un grabat ou dans un hôpital, n'aurait-il pas le même droit à votre attention et à votre réserve?

Ce n'est pas tout, si après avoir consacré beaucoup de temps en tentatives et en essais de tout genre, les résultats ne sont pas avantageux, ne sera-ce pas pour nous un leurre, une mystification, comme cela peut arriver chaque fois qu'une grande sottise passera par la tête d'un grand homme? N'aurons-nous pas ainsi perdu un temps précieux que nous aurions pu employer plus utilement? Encore une fois, je vous le demande, que devons-nous faire en présence de ce nouveau dédale?

Pour mon compte, voici où j'en suis : après avoir lu l'*Organon de l'art de guérir*, et successivement les articles *Homœopathiques* du journal de Genève, deux choses m'ont singulièrement frappé : la première, c'est l'assurance avec laquelle Hahnemann et ses disciples décident que la méthode allopathique ne guérit *jamais ;* la seconde, c'est l'assurance avec laquelle les mêmes hommes décident que la méthode homœopathique guérit *toujours*. Il m'a paru que jamais pareil mensonge n'avait été proféré en médecine, et vous conviendrez qu'il n'est pas facile de se rendre aux assertions d'un homme qui prétend que nos malades, quoique rétablis sous nos yeux, ne sont pas radicalement guéris, parce que, dit-il, ils portent en eux un principe de *psore*, de *sycose* ou de *syphilis* que l'homœopathie seule peut détruire. D'un autre côté, j'ai lu que des expériences faites à Berlin et à Paris, n'avaient nullement confirmé la *puissance infinitésimale* des remèdes, ni dans l'état sain, ni dans l'état de maladie. Depuis lors, quelques-uns de mes malades ont été soumis au traitement homœopathique par l'un des plus croyans et des plus réputés homœopathes de Bruxelles. Ils ont pris du soufre, du camphre, de la belladone, de la noix vomique, aux doses voulues par la méthode. Le résultat pour eux et pour moi a été tout à fait nul. Je vois dans ce moment encore un malade hémiplégique qui, sur l'avis d'un médecin homœopathe des bords de la Meuse, a pris quelques dix millionnièmes de grain de soufre; il devait, lui avait-on dit, ressentir des démangeaisons et une légère apparence des symptômes qu'il avait éprouvés autrefois. Le prodige est encore à venir.

En attendant donc, mon cher confrère, les inspirations que donnent la *foi* et l'*espérance* aux fidèles croyans, je dois avouer que je n'ai aucune confiance dans la vertu des *infiniment petits*. Je me trouve sous ce rapport dans les plus mauvaises conditions. Je n'ai ni la grâce efficace, ni la grâce suffisante, aussi indispensables, comme vous savez, pour *croire* aux mystères de la médecine, qu'à ceux de la théologie. Voici seulement ce que je crois :

Je crois qu'un globule de soufre ou de tout autre médicament ne peut faire *directement* aucun mal.

Je crois fermement aussi que toutes les merveilles de l'homœopathie ne sont dues qu'à l'influence *souvent oubliée,* de la diète, du régime, du repos, et à celle du prestige sur certaines imaginations.

Je crois encore, que l'homœopathie a cela de bon qu'elle nous fait connaître mieux que toute autre doctrine tout ce que vaut la médecine, dite expectante, et ainsi *l'inutilité* de l'emploi d'une foule de modificateurs thérapeutiques.

Telle est ma croyance, telles sont mes préventions. Partant de là, je ne vois nul danger à faire quelques essais sur mes propres entrailles. Je n'en vois aucun à traiter homœopathiquement tout malade qui d'ailleurs n'a pas d'autre traitement à suivre qu'un régime convenable. Il me semble en conséquence que *sous ces conditions* chacun de nous doit essayer quelque peu de la science des *atomes* et des *semblables,* n'y eut-il dans ce contrôle que l'utilité de démontrer une erreur, et de l'exclure à perpétuité d'un domaine où il n'y en a déjà que trop. Si vous ne le permettez, j'aurai l'honneur de vous adresser les faits que j'aurai recueillis, et si ces faits ne démentent pas mes prévisions, je développerai alors les raisons de mon opinion actuelle. Si le contraire arrive j'en ferai l'aveu sans peine. Je n'ai jamais cru qu'avec de la foi gros comme un grain de moutarde on pouvait transporter une montagne, eh bien si je le voyais, je le croirais. Il en sera de même pour moi de la puissance infinie, des atténuations, et quand j'aurai vu le plus *petit* des atomes guérir en un instant le plus *grand* des maux, je ne douterai plus, et je dirai pour expliquer le prodige :

Demandez-le à ce Dieu qui nous donna la vie.

Charleroy, le 30 juillet 1834. *Docteur* MARCQ.

OPHTHALMIE DE L'ARMÉE.

Monsieur et estimable confrère,

Mes écrits et mes démarches relatifs au fléau qui désole l'armée, n'eurent jamais d'autre but que d'en obtenir la prompte destruction, tant dans l'intérêt de l'humanité souffrante, que pour l'honneur de la médecine dans ma patrie. Toujours guidé par ces mêmes sentimens, j'ai lu et relu votre dernier travail sur l'ophthalmie, publié dans le 5e numéro du BULLETIN MÉDICAL BELGE, dont vous êtes le rédacteur; je me suis aperçu, non sans surprise, que des opinions erronées, qui, dans l'état actuel des choses croulent par leur faiblesse, trouvent encore grâce vis-à-vis de votre bon goût et vos talens distingués, qui auraient été si utilement employés à la défense et à la propagation d'opinions réelles, dont le triomphe importe, depuis longt-temps, à l'Europe, si le bonheur eût voulu que telle fut votre intime conviction.

Permettez-moi, mon savant collègue, de profiter de cette occasion pour vous soumettre quelques remarques nouvelles propres, selon moi, à mettre au néant les apparences trompeuses, dont des médecins sages d'ailleurs et de bonne foi, paraissent encore être dupes, en dépit des preuves les plus convaincantes et multipliées. Parmi les fausses mesures, dont j'entends parler, figurent en première ligne *les demi-moyens* de notre gouvernement provisoire, de 1831, et, en seconde ligne, les captieuses expériences, tentées de mauvaise grâce, par le gouvernement déchu, en 1826; mesures jésuitiques, pour ne rien dire de plus, cachant une arrière pensée et dirigées contre la bonne cause et ses courageux défenseurs.

La preuve en est que dans ces absurdes et ridicules essais, le vice hygiénique inhérent à la tenue, encore très-récemment signalé par M. le professeur Juncken de Berlin, est resté dans son *statu quo*, et les enveloppes du cou n'ont pas été élargies d'une seule ligne dans leur circonférence. Outre que dans les garnisons, soumises à ces expériences, les ophthalmistes furent recherchés journellement au microscope, pour ainsi dire, de sorte que de dix cas, envoyés à l'hôpital, on en comptait à peine trois de bien caractérisés, ce résultat a été prédit et fortement censuré dans le temps, par moi et par d'autres. Pour bien et justement apprécier tous les documens émanés sur l'ophthalmie de l'armée depuis son apparition, il suffira de se rappeler l'occasion à laquelle est né, s'est développé et successivement propagé dans l'armée, cet horrible fléau. Il résulte des fastes de l'histoire nationale que, depuis Charlemagne jusqu'à Napoléon, jamais maux d'yeux n'ont été *régnans* dans les dix-sept provinces des Pays-Bas, parmi les troupes, appelées pour y faire la guerre ou tenir garnison; jamais non plus de pareilles maladies, depuis César jusqu'à Léopold, n'y ont été observées régnantes endémiquement ou épidémiquement; il en découle spontanément cette conséquence rigoureuse : que la vraie source de la calamité publique qui nous occupe se bornait à nos *seuls* militaires qui la colportaient par tout avec eux, ce qui sautait aux yeux de tout observateur non prévenu, depuis les années 1815, 1816 et 1817. Ne perdons donc pas de vue, ce que nous ne pouvons assez répéter, que lors de la formation définitive du Royaume des Pays-Bas, le roi Guillaume opéra la fusion des deux armées bataves et belges, dont la première formée en 1813, et la seconde en 1814, portaient un uniforme d'ancien modèle batave et français moderne, vêtement large et commode et qui n'était entaché d'aucun vice hygiénique, mais qui, par le plus grand des malheurs fut supprimé et remplacé par un nouveau de modèle russo-prussien. Les miliciens belges de 1815, furent les premières victimes de cette mesure fatale, et presqu'aussitôt décimés par l'ophthalmie qu'habillés et soumis au service militaire. Ces militaires étaient cependant des jeunes gens fournis sains et saufs par toutes les communes de la Belgique, n'ayant jamais eu la moindre relation avec les débris de l'ancienne expédition d'Egypte sous Napoléon. Les troupes organisées dans le nord en 1813 et le midi en 1814, n'en furent point d'abord visitées, mais en restèrent exemptes jusqu'en 1816 et 1817, époques auxquelles leur première tenue fut échangée contre la nouvelle, et où la maladie s'étendit sur la presque totalité de l'armée. De cette armée, près de 50,000 hommes, divisés en deux corps, ont fait la campagne de France impunément, et sans éprouver le moins du monde l'influence de l'ophthalmie *régnante;* je dis *régnante* pour récuser d'avance le titre de *telle* à une vingtaine de cas sporadiques, de nature

catarrhale ou syphilitique, dont quelques graves, observés durant la dite campagne. De tout quoi je conclus sans la moindre hésitation que la condition *sine quâ* de la naissance et de l'existence du fléau de l'armée réside et a toujours résidé dans la seule tenue. *Post hoc ergo propter*, telle est ici ma dévise, laquelle étant demontrée à l'évidence, menait à admettre deux données dans le dit vice dont l'admission de l'un detruisait l'autre et *vice versâ*. Et en effet, si les étoffes qui ont servi à la confection de l'habillement militaire en 1815, 1816, et 1817, avaient été réellement imprégnées d'une contagion ophthalmico-spécifique, les fabricans de ces étoffes auraient été en proie à la maladie avant les soldats et dû la propager infailliblement. Or, pareils faits n'ont jamais été observés, d'où il suit que la contagion ophthalmique n'a jamais été qu'une *nihilité*, dont le triomphe prolongé a fait des milliers de victimes. Reste donc seul à pouvoir être raisonnablement admis l'effet du *vice hygiénique*, signalé en Belgique depuis longues années par des médecins nationaux, et en dernier lieu par un docteur étranger. Je terminerai par un dernier avis aux contagionistes : les trois quarts des soldats des Pays-Bas allaient pour onze mois de l'année en permission et un cinquième recevait annuellement son congé définitif; comment se fait-il que ces milliers d'individus infectés, et en contact immédiat avec tous leurs concitoyens n'aient pas encore fait de la Belgique, un cloaque d'infection, et un Royaume d'aveugles, gouverné par un borgne?

Votre profession de foi, monsieur, m'enhardit à vous prier d'insérer la présente dans le premier n° à paraître de votre savant recueil périodique.

M. Vansevendonck., M. D.
Ancien médecin de la garnison de Bruxelles, en non activité.

M. Vansevendonck a eu raison de compter sur notre impartialité pour l'insertion de sa lettre; l'esprit de justice qui préside à la rédaction de notre journal, joint au désir que nous avons de voir éclaircir l'importante question qui divise encore les médecins belges, nous fera toujours un devoir d'accueillir les observations qui nous seront communiquées dans l'intérêt de la science et de la vérité. Mais si, par ce moyen, nous donnons un accès facile à la discussion, il doit aussi nous être permis de présenter à notre tour les réflexions qui nous sont suggérées par la nature des objections faites à l'opinion que nous avons précédemment exprimée.

Et, d'abord, nous commencerons par déclarer que si nous n'avons pas adopté l'opinion professée par M. Vansevendonck et qu'il a le premier proclamée, quoique d'autres semblent se faire un mérite de la découverte, c'est que les raisons alléguées en faveur de la compression par l'habillement militaire, ne nous ont pas paru assez péremptoires pour nous ranger de son avis. Nous n'avons pas jusqu'ici, acquis la preuve que le jugement que nous avons porté était faux ou erroné, comme on se plaît à le répéter; les faits seuls ont servi de base à notre opinion, et nous croyons qu'en leur présence on ne peut de bonne foi rejeter la contagion.

Voici des nouveaux faits qui nous ont été communiqués par M. Fallot, médecin principal à l'hôpital de Namur, et qui confirment de plus en plus notre manière de voir. « Dans le premier sémestre de cette année, j'ai acquis, dit-il, trois nouvelles preuves démonstratives de la transmissibilité de l'ophthalmie. Deux de nos infirmiers servant les ophthalmistes sont devenus borgnes; un malheureux, nommé Denison, venu de l'hôpital de Bruxelles en congé dans ses foyers, a communiqué la maladie à sa femme et à ses trois enfans, ce qui compose toute sa famille. Lui est déjà aveugle, la femme est borgne et l'un des enfans au moins ne s'en tirera pas mieux. »

Certes, des pareils faits n'ont pas besoin de commentaires; ils ne sont pas rares et doivent se rencontrer fréquemment dans la pratique militaire.

Nous pouvons encore appuyer cette assertion de l'opinion de M. le docteur Bourjot-St-Hilaire, qui vient de publier dans le Journal hebdomadaire de médecine (n° du 2 août), un article sur l'ophthalmie purulente des adultes, dans lequel il examine la question de l'ophthalmie d'Egypte et celle dite des armées, et où il n'hésite pas à déclarer que l'inflammation oculaire qui règne dans l'armée belge est de nature contagieuse. Il émet cette opinion que « si un grand nombre d'hommes sont agglomérés ensemble sur un point, comme dans une infirmerie, un

entrepont, un bagne, une caserne, un homme étant pris, peut communiquer médiatement, ou immédiatement la même affection à sa chambrée toute entière et à toute la caserne, etc.» (1)

En second lieu nous croyons avoir fait la plus large concession qu'il était possible de faire en admettant que la compression, sans être la cause principale de l'ophthalmie, pouvait, ainsi qu'une foule d'autres causes, contribuer au développement de la maladie.

Qu'est-ce d'ailleurs qu'une *prédisposition* à l'ophthalmie qui n'est reconnaissable à aucun signe extérieur?

Quelle induction prophylactique peut-on baser sur une pareille donnée?

Venons-en à la lettre de M. Vansevendonck, qui se résume aux trois propositions suivantes que nous allons essayer de discuter.

« 1° *Les expériences tentées en* 1826 *par le gouvernement déchu et les essais faits en* 1831 *sous le gouvernement provisoire étaient incomplets et illusoires.* »

Nous ne partageons pas cet avis, et pour prouver ce que nous disons, il suffit de remonter aux faits : le lecteur jugera. Une circulaire du ministre de la guerre enjoignait aux chefs de corps, défense expresse de laisser porter le col et le shakot aux miliciens de 1826; ils n'avaient, comme nous l'avons déjà dit, autour du cou, qu'une légère bande de drap noir qu'on leur défendait de serrer; le collet de l'habit n'était agrafé qu'à la partie inférieure, et ils portaient un bonnet de police muni d'une visière. Et, quoique ces miliciens, arrivant pour la première fois sous les armes étaient parfaitement à l'aise dans leurs vêtemens, l'ophthalmie ne les épargna pas : elle sévit au contraire contre eux avec plus d'intensité, que contre les autres militaires, et particulièrement dans les garnisons de Bruxelles et de Mons.

Quant aux mesures employées en 1831 et que M. Vansevendonck qualifie de *demi moyens*, sans doute à cause qu'on n'a fait que changer la forme du shakot, et du collet des habits et des vestes à manches, nous pensons qu'elles étaient suffisantes pour obvier à la compression, si compression il y a. Au reste, si ces mesures n'ont pas satisfait MM. les compressionistes, c'est au chef du service de santé qu'ils doivent s'en prendre.

« 2° *L'apparition de l'ophthalmie dans la ci-devant armée des Pays-Bas ne date pas de* 1814, *mais bien de* 1815, 1816 et 1817, *époques de l'introduction successive de la tenue russo-prussienne dans les différens corps.*»

Nous n'attachons pas, comme M. Vansevendonck, une grande importance à l'époque précise de l'apparition de l'ophthalmie dans l'armée; ce qui nous importe le plus de connaître, c'est de savoir comment elle naît et se propage et par quels moyens on peut parvenir à en arrêter les funestes effets? Cependant si nous avons fait remonter son origine à 1814, c'est dans la dissertation de M. le professeur Kluyskens que nous avons puisé ce document. Voici comment l'auteur s'exprime à ce sujet, page 35 de cet écrit, le premier qui fut publié sur la matière : « De ma connaissance, il ne s'était jamais présenté d'ophthalmie spécifique ou contagieuse dans les casernes de Gand, avant qu'on formât ici, en 1814, le 7e bataillon de ligne. Plusieurs anciens militaires qui constituaient le noyau de ce bataillon, avaient eu dans l'armée française l'inflammation contagieuse des yeux; quelques-uns même en étaient encore sensiblement affectés, ce qui eut pour résultat que l'ophthalmie se communiqua bientôt à un grand nombre de soldats, et que jusqu'aujourd'hui (2) cette contagion a constamment accompagné le bataillon, tant dans l'armée que dans les diverses garnisons qu'il a occupées depuis. »

Il ajoute ensuite : « Le deuxième bataillon de milice, qui arriva ici en garnison en 1815, avait de bonne heure été affecté de cette maladie, et pendant son séjour à Groningue, il en avait considérablement souffert. . . . . .

Or donc, si l'ophthalmie avait déjà été observée à Gand en 1814, il n'est pas invraisemblable qu'elle existait également à cette époque dans d'autres garnisons; mais, nous le répétons, nous n'attachons que peu d'importance à la désignation précise de la première apparition de l'ophthalmie parmi les troupes belges; et nous dirons avec MM. Fallot et Varlez, dont nous avons déjà eu occasion de citer les *Recherches sur l'ophthalmie*. « Il a fallu qu'elle naquît une première fois, et ce même concours de circonstances auxquelles on a dû sa première apparition,

(1) Ce mémoire fera partie du 25e vol. de l'Encyclographie.
(2) C'était en 1819 que M. Kluyskens écrivait.

peut se rencontrer encore, de façon à former une maladie contagieuse de toutes pièces et sur les lieux. »

N'a-t-on pas vu d'ailleurs, un grand nombre de fois, des miliciens contracter l'ophthalmie avant même qu'ils n'étaient revêtus de l'uniforme? Ces faits sont assez connus de nos adversaires et M. Vleminckx lui-même ne doit pas les ignorer; mais on garde le silence à leur égard, parce qu'ils sont un coup mortel au système de la compression.

« 3° *La vraie source de l'ophthalmie réside dans le vice de la tenue; cette maladie n'a pu devoir son origine à la contagion, et les étoffes qui ont servi à la confection de l'habillement militaire en* 1815, 1816 *et* 1817 *n'étaient point imprégnées d'un virus ophthalmique qui aurait servi à la transmettre.*»

Nous laissons à chacun ses opinions, libre aussi à chacun de défendre celle qu'il a embrassée; nous ne cherchons pas à convertir MM. les compressionistes, nous savons que c'est chose impossible; mais nous écrivons pour la partie éclairée du public médical et nous sommes certains de ramener à notre opinion tous ceux qui aborderont l'examen de la question avec un esprit dégagé de préoccupation et vierge de préjugés. Quant à nous, nous conviendrions volontiers de notre erreur si les inductions que l'auteur de la lettre tire des faits qu'il rapporte étaient, ainsi qu'il le croit, sans réplique et *démontrées à l'évidence*; mais malheureusement il n'en est pas ainsi, et le temps n'est pas encore venu de voir vider la question, restée jusqu'à présent sans solution complète et satisfaisante.

M. Vansevendonck en s'appuyant de l'opinion émise par M. le docteur Jungken de Berlin, sur la compression du cou et de la tête, n'a probablement pas réfléchi que ce médecin ne parle de la tenue vicieuse du soldat que comme une des nombreuses causes prédisposantes de l'ophthalmie, et non pas comme de la véritable cause d'où elle tire sa source. En méditant avec attention le travail de M. Jungken, dans lequel on s'est efforcé de rassembler les opinions les plus disparates, à les entasser sans ordre et sans méthode, on s'aperçoit sans peine que le docteur allemand, contagioniste par principes, n'a fait de concession en faveur de systèmes contraires qu'afin de ne blesser personne. Cette vérité saute évidemment aux yeux de tout homme impartial qui lit sans prévention le mémoire précité.

Il n'est aucune des nombreuses causes admises par l'auteur, aucune des mesures qui en découlent qui n'aient été signalées ou indiquées depuis long-temps par des médecins belges dans diverses brochures qui ont successivement vu le jour.

Quoi qu'il en soit, le gouvernement s'est empressé de mettre à exécution les indications hygiéniques et thérapeutiques tracées par M. Jungken dont les vues paraissaient assez s'accorder avec celles de la commission des recherches sur l'ophthalmie; et cette fois, il n'a pas voulu s'attirer le reproche d'avoir fait les choses à demi, les mesures ont été complètes et strictement suivies. Déjà leur application paraît devoir être suivie d'heureux résultats, l'ophthalmie ayant, à ce qu'on assure, considérablement diminué d'intensité. Les compressionistes ne manqueront pas d'attribuer ce changement favorable aux modifications introduites dans la tenue du soldat, sans tenir compte des autres mesures employées simultanément. Notons d'abord que tous les individus porteurs d'un reste d'ophthalmie ou qui en ont récemment souffert ont été renvoyés dans leurs foyers, première cause de la diminution observée; remarquons ensuite, que différens bataillons en proie à la maladie ont été cantonnés dans les communes, que le régime des casernes a été assaini, les lits espacés, etc., etc., toutes circonstances qui tendent à éloigner les effets de la contagion, à en détruire le foyer, et nous nous rendrons facilement compte de la diminution du chiffre des ophthalmistes. Le gouvernement lui-même, paraît être pénétré de cette vérité : le ministre de la guerre a annoncé à la chambre des représentans (séance du 19 juillet), que la santé des soldats s'est améliorée depuis que, par les cantonnemens on a obvié à l'encombrement des casernes, et qu'il espérait pouvoir bientôt lui annoncer que l'ophthalmie a en grande partie cessé ses ravages. Le temps nous apprendra si nous avons eu tort ou raison en admettant que l'ophthalmie s'entretient et se propage par la *contagion.*

Nous n'avons jamais écrit nulle part que l'ophthalmie devait son origine à un virus ophthalmique dont étaient imprégnées les étoffes qui ont servi à la confection de l'habillement mili-

taire lors de l'organisation de l'ex-armée des Pays-Bas; inutile par conséquent de nous occuper de cette partie de la lettre de M. Vansevendonck; c'est, à notre avis, se créer des objections pour avoir le plaisir de les réfuter. Quant à nous, nous n'avons pas le courage de discuter sérieusement de semblables futilités.

Toutefois, nous remercions notre confrère M. Vansevendonck de la communication qu'il a bien voulu nous faire, persuadé que son désir, comme le notre, est de voir disparaître de notre jeune armée le fléau qui l'accable.

J. R. Marinus, D. M.

VARIÉTÉS.

Affections cholériformes. — Les journaux de Paris nous apprennent que depuis la fin de juillet on observe dans cette capitale ces dérangemens des voies digestives qui se montraient pendant l'épidémie de choléra en 1832, et qu'on désignait alors par le nom de *cholérine.* Diarrhée, douleurs abdominales, nausées, vomissemens, avec ou sans fièvre : tels sont les symptômes que présentent une foule d'individus. Ces phénomènes morbides, qui surviennent chez quelques-uns sous l'influence de causes facilement appréciables, tels que l'ingestion de fruits de mauvaise qualité, les alternatives de froid et de chaud, etc., chez d'autres sans qu'on puisse les rapporter au plus léger écart de régime, se remarquent aussi depuis quelque temps à Bruxelles; ils disparaissent facilement par une légère modification apportée dans le régime, aidée de l'usage d'une potion mucilagineuse, ou d'une potion légèrement excitante à laquelle on ajoute quelques gouttes de laudanum.

A côté des cas où l'on n'observe qu'un trouble passager des fonctions digestives, se sont montrés, à Paris, quelques cas de choléra bien caractérisés. Trois cholériques ont été reçus à l'hôpital de la Charité; quelques-uns ont été admis à l'Hôtel-Dieu et à la Pitié, et quelques autres ont été observés dans la pratique civile. Les malades ont offert cette altération des traits, ces troubles de la circulation, et des fonctions digestives, la teinte violacée et les crampes, qui caractérisent le choléra épidémique; mais la maladie ne revêt pas un caractère de malignité, puisque aucun de ces malades n'est mort et la convalescence a été prompte.

Ces derniers faits qui se passent loin de nous et que nous n'avons pas jusqu'ici à signaler dans notre pays, ne paraissent pas de nature à porter l'alarme et ne doivent pas nous faire redouter l'invasion d'une nouvelle épidémie. Ce sont, en quelque sorte, les dernières lueurs d'un flambeau qui s'éteint.

Ligature de l'artère sous-clavière. — La clinique chirurgicale de l'Hôpital St-Pierre, nous a offert dernièrement le cas assez rare d'un anévrisme de l'artère axillaire chez un homme fort et robuste. La ligature de l'artère sous-clavière à son passage sur la première côte était le seul moyen que la chirurgie pouvait opposer à cette grave maladie. Cette opération difficile et délicate a été pratiquée avec autant de dextérité que de succès par M. le docteur Seutin, chirurgien en chef, en présence de plusieurs médecins et chirurgiens de la capitale et d'un grand nombre d'élèves. Nous donnerons l'observation de ce cas intéressant.

TABLE DES MATIÈRES

DES JOURNAUX DE PARIS, AVEC LA PAGINATION QUI SE RAPPORTE A CE VOLUME.

Les articles désignés dans la table, par la lettre (a) ont été retranchés pour double emploi.

A. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES.

LEMERCIER. Mémoire sur la fièvre typhoïde et son traitement. 11

BEAUGRAND. Résumé des leçons de M. le professeur Alibert sur les maladies de la peau. Lèpre, esthiomène, syphilide pustulante. 14

DUCHESNE-DUPARC. Essai sur la méthode naturelle appliquée à la classification des maladies, et spécialement des maladies de la peau. 16

QUEYSSAC. Grossesse extrà-utérine abdominale. 17

Analyse des journaux. (*a*)

A*. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

TROUSSEAU. Trachéotomies pratiquées dans la période extrême du croup. 13

GENDRON. Recherches sur les épidémies des petites localités (3e article). 19

MATH. MAYOR. Traitement des fractures de la clavicule. 28

Revue analytique des journaux. (*a*)

B. ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE.

CASIMIR BROUSSAIS. Rapport trimestriel sur le service médical de ce médecin à l'hôpital milit. du Val-de-Grâce. (Janvier, février et Mars 1834.) 10

WORBE. Ascite suite de dysenterie. 13

» Rétention d'urine à la suite d'une gonorrhée, et occasionée par une tumeur vésico-prostatique. 15

LABAT. Application des principes de la médecine physiologique au traitement des affections syphilitiques en Égypte. 16

Analyse critique des journaux de médecine et d'ouvrages nouveaux. (*a*)

Fausse alerte du choléra-morbus asiatique. 17

Moyen très-simple pour la reproduction des sangsues. 18

C. BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE.

CONVERS. Observations pratiques lues à la réunion de la Société homœopathique Lémanienne. 13

PESCHIER. Observation communiquée à la même Société, séance du 15 Mai. 16

D. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

MAX. SIMON. De l'emploi des purgatifs dans les maladies aiguës ou chroniques. 29

STROMEYER. Nouvelles observations sur la section du tendon d'Achille pour le traitement du pied-bot. 36

PÉZERAT. Mémoire sur l'état de la rate dans les fièvres périodiques. 38

RENAUD. Observation d'un calcul biliaire passé de la vésicule dans l'intestin grêle. 43

MAISONNEUVE. Rapport sur l'observation précédente. 44

HARDY. observation de tumeur encéphaloïde dans l'ara-

chnoïde rachidienne. 45

TEISSIER. Observation de ramollissement et atrophie des nerfs optiques. 46

HARDY. Note sur des tubercules du placenta. 47

PIORRY. Mémoire sur le bruit du cœur et des artères, et principalement sur celui du souffle, et sur les causes qui les produisent. *ib.*

Note sur l'établissement modèle de Vanvres pour le traitement des aliénés. 51

E. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

LATOUR. Du mécanisme de l'inflammation et de la fièvre. 11
CARRON DU VILLARDS. Considérations pratiques sur la sortie de l'humeur vitrée dans l'opération de la cataracte. 17
BLAUD. Mémoire sur la suie, considérée comme succédané de la créosote. 18

F. JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE.

Notice sur la vie et la mort de Spurzheim. 1
Analyse du numéro 5 du journal phrénologique d'Edimbourg. 7

G. JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE.

PETIGNY. Observation d'invagination intestinale. 25
MOURE. Comparaison des traitemens mercuriel et antiphlogistique employés contre la syphilis à l'hopit. milit. de Bordeaux. 28
ED. LACROIX. Fistule à l'anus prise pour une hernie. 32
FALLOT. Observations de fièvre typhoïde compliquée. (a)
HOPE. Recherches expérimentales sur les bruits du cœur, avec quelques notes de M. Bouillaud. 33

H. JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

ORDINAIRE. Mémoire sur l'emploi de la poudre de deutochlorure de mercure (*sublimé corrosif*) dans le traitement des ulcères de mauvaise nature. 14
LISFRANC. Leçon sur la saignée du bras faite à la clinique de la Pitié. 15
CULLERIER. Considérations sur les excroissances et les végétations; leur nature, leur marche et leur traitement. 18
CAZENAVE. Vaginite avec écoulement très-abondant et très-fétide d'une matière limpide, incolore, occasionée par le séjour d'une éponge dans le canal vulvo-utérin. 20
De la vente des médicamens (suite de l'article du n° de Mai). 21
LECADRE. Congestion cérébrale mortelle survenue dans une rixe. 23
FUZET-DUPONGET.—Observations sur l'emploi du deutochlorure de mercure contre l'ophthalmie. *ib.*

I. GAZETTE MÉDICALE.

AUG. BOYER. Mémoire sur la paralysie. 53
AMMON. Recherches sur les tubercules des reins. 59
CRAIGIE. Revue des cas observés pendant le cours de clinique à l'infirmerie royale d'Edimbourg. 63
POOL. Histoire d'une fièvre endémique qui a régné à la fin de 1833, à Templemore. *ib.*
WRIGHT. Remarques sur le Béribéri. 64
MALCOLM. Observation d'évolution spontanée du fœtus. *ib.*
Observations d'aliénation mentale se terminant par la mort. 66
DYER. Des vers lombricoïdes. Recherches sur les causes de leur fréquence et leur traitement à l'île Maurice. *ib.*
HUNT. Sur l'emploi du nitrate d'argent dans quelques affections inflammatoires de la membrane muqueuse de la bouche et de la gorge. 67
BULLOCK. Traitement de l'érysipèle par le colchique. 68
MACFARLANE. Note sur une épidémie d'urticaire. *ib.*
BURNE. Péritonite suivie d'un abcès fécal. *ib.*
ROBARTS. Observations d'affection de la moelle, avec des réflexions. 69
LÉLUT. Note sur les facultés instinctives communes aux animaux et à l'homme. 70
ROGNETTA. Remarques nouvelles sur les pessaires en caoutchouc et sur les plaques faites de la même substance, pour garantir certaines cicatrices. 74
LISFRANC. Mémoire sur l'amputation du col de l'utérus. 77
SCHMITT de RIENECK. De la valeur des symptômes généralement reconnus comme pathognomoniques du croup, et du traitement employé dans cette maladie. 82
NEUMANN. Sur le caractère actuel de la petite-vérole. *ib.*
VOLLMER. Observations de médecine, de chirurgie et d'accouchement. *ib.*
ALBERS. De la pathologie et du diagnostic. 84
Exemple remarquable d'un utérus complétement double. *ib.*
ALBERS. De quelques éruptions à la marge de l'anus, et de leur rapport avec les maladies internes. 85
STRAHL. Observations et considérations pratiques. *ib.*

MICHAELIS. Observation de séparation artificielle des os fracturés et vicieusement consolidés. 85
Concours pour une chaire de clinique externe vacante par la mort de Boyer. 86
LOMBARD. Note sur l'emploi de l'extrait d'aconit-napel dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. 88
BELLINGERI. Nouvelles recherches sur les névralgies de la face. 92
MOJOLI. Sur l'efficacité de l'extrait alcoolique de l'écorce de racine de grenadier contre le tœnia. 94
PACINI. Sur une hernie de la ligne blanche. 95
BREVENTANI. Observation pathologique démontrant l'influence du pneumo-gastrique sur les mouvemens du cœur. 96
ORIOLI. Histoire d'une tumeur fongueuse de la dure-mère, opérée avec succès. 97
MARIANO PANTALEO. Sur une nouvelle méthode pour extraire par le périnée les calculs volumineux de la vessie. 98
Concours pour une chaire de clinique externe. 99
MUNARET. Sur l'emploi du chlorure de sodium contre les fièvres intermittentes. 105

J. LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

GUERSENT et BAUDELOCQUE. Tubercules de l'encéphale. (deux observations de). 29
RESPONSABILITÉ MÉDICALE. Affaire de M. Thourct-Noroy. 32
BOUILLAUD. Erysipèle phlegmoneux de la face et du cuir chevelu, combattu par un traitement antiphlogistique énergique. 33
LAPEYRE. Gastrotomie pratiquée pour une grossesse extra-utérine. 35
SANSON. Abcès au-devant de l'aisselle, que sa position empêcha d'ouvrir au point le plus déclive. 36
DUPUYTREN. Hernie ombilicale; étranglement interne produit par un rétrécissement squirrheux de l'intestin grêle; réduction de la hernie; persistance des accidens de l'étranglement; mort; autopsie. 38
DUPUYTREN. Hernie inguinale double; étranglement interne, produit par des brides formées par le péritoine; mort; autopsie. 39
Singulière question médico-légale. 40
BAUDELOCQUE. Rhumatisme articulaire aigu, suivi de la mort; autopsie. *ib.*
CORSIN. Observation d'un cas d'aliénation mentale passagère, causée par l'usage immodéré du vin blanc et et de l'alcool. 42
PIFFARD. Ramollissement partiel des lobes postérieurs du cerveau. 43
DELCROIX. Ablation d'un testicule hypertrophié chez un enfant de neuf ans, et torsion des artères. 44
CHOMEL. Leçons sur le rhumatisme. 45
DUPUYTREN. Lésion de l'artère radiale; ligature des deux bouts divisés du vaisseau. 46
GODEFROY. Empoisonnement par la noix vomique; guérison. 47
DUPUYTREN. Hernie crurale entéro-épiploccèle. — Diagnostic différentiel de la hernie crurale et de la hernie inguinale chez l'homme. — Quelques considérations sur la constitution médicale du trimestre qui vient de s'écouler. 48
SANSON. Fracture des deux os de la jambe droite compliquée de contusion et de perforation consécutive de la peau; phlébite; mort. 50
PARADIS. Coup de sabre traversant la poitrine et le bas-ventre de part en part; guérison. 51
» Plaie pénétrante de la poitrine, avec lésion du péricarde; guérison. 52
MOULINIÉ. Dégénérescence extraordinaire des annexes du testicule. Disparition de cet organe. 53

L. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

SANDRAS. Du sasafras, de la salsepareille, de la squine et de la bourrache, étudiés comme moyens sudorifiques. 19
MAX. SIMON. De l'agarie blanc, pour combattre les sueurs chez les phthisiques. 20
BONNET. De l'emploi de l'éponge préparée dans le traitement de l'ongle rentré dans les chairs. 22
A. PAILLARD. Mode de traitement adopté à l'Hôtel-Dieu pour les abcès par congestion. 24
ALP. CAZENAVE. De l'herpes du prépuce et du gland et de son traitement. 25
FIGUIER. Note sur la préparation du cyanure d'or. 27
Des différens moyens thérapeutiques employés contre l'affection typhoïde. 28
Du traitement de l'ostéite carpo-métacarpienne par les bains de sous-carbonate de soude, joints aux frictions mercurielles. 32
DUBLANC. Sirop d'écorce de racine de grenadier, préparé par un procédé de concentration immédiate. 33
POLYDORE BOULLAY. Nouvelle préparation des emplâtres émétisés. 36

M. JOURNAL DE PHARMACIE.

LE CANU. Sur la composition chimique des corps gras. 11
BLANCHET et SELL. De la composition de quelques substances organiques. 15
VALLET. Mémoires de M. le Dr Reichenbach sur les pro-

duits de la distillation sèche des corps organiques. 21
Séance de la société de pharmacie, 6 mai 1834. 22
Ch. Martins. Sur l'existence de l'anyris balsamifer en Égypte. 23

N. JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE ET DE TOXICOLOGIE.

Histoire naturelle dans ses rapports avec la chimie. — Sur la chromule verte des végétaux, et sur la coloration en rouge. 5
Dizé. Note sur la fermentation alcoolique des pruneaux secs que le pyralia pomana, ver qui pique les fruits sucrés, avaient réduits en un état spongieux. 8
Trévet. Analyse du galipœa officinalis. 9
Barbier. Note sur la codéine employée à l'extérieur et à l'intérieur. *ib.*
Becquerel. Mémoire sur la décomposition des roches, et sur les doubles décompositions dans les actions lentes. 10

O. BIBLIOGRAPHIE.

Lobstein. Traité d'anatomie pathologique. 19
Blandin. Traité d'anatomie topographique, ou anatomie des régions, etc. 20
Guyot de la Guerche (A.). De l'insuffisance des valvules aortiques (Thèse). 21
Tanquerel des Planches. Essai sur la paralysie de plomb ou saturnine (Thèse). 21
Arnoldi (Fréd.). Icones nervorum capitis. 23
Bischoff. Documens pour servir à l'étude des enveloppes de l'œuf du fœtus humain. 24

P. SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie royale de médecine. — Bazar chirurgical, 27. — Déviations latérales du rachis, *ib.* — De l'éclectisme en médecine, *ib.* — Engorgement des amygdales, *ib.* — Magnétisme, 28. — Capsules gélatineuses, *ib.* — Succédané du quinquina, *ib.* — Magnétisme, *ib.* — Histoire de la médecine, 29. — Buste de Percy, *ib.* — Maisons centrales de force et de correction. *ib.* — Monstruosités par inclusion, 31. — Concours de la faculté de médecine de Paris pour une chaire de clinique externe, *ib.* — Nominations de correspondans, *ib.*
Académie royale des sciences. — Colique de plomb, 32. — Circulation de la lymphe, *ib.* — Fabrication de charpie, 33.
Société de médecine de Paris. — Fracture des vertèbres. — Chlorose. — Seigle ergoté dans l'avortement. — Plaies par armes à feu. — Croup, trachéotomie, 34.

TABLE DES MATIÈRES DU BULLETIN MÉDICAL BELGE.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

Observations de fièvres typhoïdes compliquées; par M. le Dr. Fallot. 93
Amputation partielle du pied entre les os du tarse; par M. le Dr Thunot. 96
Tableau des plantes officinales qui croissent sur le sol de la Belgique; par M. le Dr F. Dubois. 97
Revue bibliographique. — Répertoire général des sciences médicales au XIXe siècle, analysé par M. Fallot. 110
Projet de loi concernant l'exercice des différentes branches de l'art de guérir en Belgique. (Analyse.) 112
Correspondance médicale. — Lettre sur l'homœopathie, par le M. Dr Marcq. 113
Lettre sur l'ophthalmie; par M. le Dr Vanseveudonck. 116
Note du Rédacteur en réponse à la lettre précédente. 117
Variétés. — Affections cholériformes. 120
Ligature de l'artère sous-clavière. *ib.*